AUF DEN PUNKT.

Das Servicemagazin für unsere Mitglieder Nr. 5 / Okt. 2021

Hohe Erwartungen an eine Niederlassung

Seite 12

Verordnungsausgaben schonen mit Praxis-besonderheiten

Seite 36

info.service

Offizielle Bekanntmachungen

Seite 26

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

INHALT

STANDPUNKT

Ohne jede Grundlage 3

AKTUELLES

Online statt „per Brieftaube“ 4
In den Praxen in guten Händen 5
Privatvermögen sichern, weil sich Risiken nicht ausschließen lassen 6
Der Rhythmus von „Stayin’ Alive“ rettet Leben 8
Neue beste Freunde für Telemedizin und E-Health 10

TITELTHEMA

Hohe Erwartungen an eine Niederlassung 12
Erwartungen des Gegenübers richtig einschätzen 14
Lasst Ihr euch nieder? – Erwartungen hessischer Medizinabsolvent:innen 18
Bei Bier und Hot Pot 22
Viel leichter und besser als gedacht 25
Aus dem Leben einer Landärztin 28
Zahlen, Daten, Fakten: ein Update zur ambulanten Versorgung 30

GUT INFORMIERT

Leistungen bei intersexuellen und transsexuellen Personen abrechnen 34

QUALITÄT

Verordnungsausgaben schonen anhand der Praxisbesonderheiten 36
Digitale Helfer zum richtigen Kodieren 42
Schritt für Schritt zum Erfolg 45
Nachwuchsmediziner:innen für ambulante Versorgung gewinnen 46

PRAXISTIPPS

Wie war das? Fragen aus der Praxis 47
Übergangsregelung bei eAU vereinbart 49

FORTBILDUNGEN

Fortbildungsangebote 2022 50

SERVICE

Ihr Kontakt zu uns/Impressum 51

Ohne jede Grundlage

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn Sie diese Zeilen lesen, haben wir alle gewählt und damit die Weichen für die politische Zukunft dieses Landes gestellt. Was dabei herauskommt, ist möglicherweise nun, wenige Wochen vor der Wahl, genauso unklar wie zum Erscheinungstermin dieses Heftes. Klar ist indes, dass sich die noch aktuelle oder eine neue Bundesregierung weiter vorrangig mit der Pandemiebekämpfung beschäftigen muss.

Der Umgang mit medizinischen und wissenschaftlichen Daten, die Missachtung derselben und die Basta-Attitüde, die an einen Kanzler rund um die Jahrtausendwende erinnern, machen uns wirklich ernste Sorgen. Denn das Muster ist immer gleich: Die Politik verfällt in Aktionismus und lässt jegliche Orientierung an medizinischer Evidenz missen, so geschehen mit dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz zu den Auffrischungsimpfungen im August. Sicherlich, Auffrischungsimpfungen sind für besonders vulnerable Gruppen sinnvoll, also für Heimbewohner:innen, immunsuppressive Patient:innen und auch deren Betreuer:innen. Daran gibt es nichts zu kritisieren. Problematisch ist aber, dass die Politik durch ihr aktionistisches Entscheiden immer öfter und wiederholt den bisher guten und etablierten Weg verlässt – und das ist in Sachen Impfen bekanntlich der, auf die Einordnung der Wissenschaft und der STIKO zu warten. Die Folgen sind für uns durchaus relevant, denn kurz nach dem Beschluss der GMK häuften sich natürlich bereits die Nachfragen der Patient:innen nach ebendiesen Impfungen. Befeuert wurde dies durch das eine oder andere Impfzentrum, das dem Wunsch nach einer Auffrischungsimpfung unabhängig vom Patientenalter nur allzu gern nachkam.

Denn eins sollte der Politik eigentlich klar sein: In Zeiten, in denen Verschwörungstheorien und Querdenkertum Hochkonjunktur haben, leistet man solchem Gedankengut Vorschub, wenn man ohne Evidenz handelt und so leichtfertig Präzedenzfälle schafft – Pandemie hin oder her.

Mit kollegialen Grüßen, Ihre

Frank Dastych
Vorstandsvorsitzender

Dr. Eckhard Starke
stv. Vorstandsvorsitzender

Sie erhalten Ihre KV-Rundschreiben nicht per E-Mail? Dann wird's höchste Zeit!

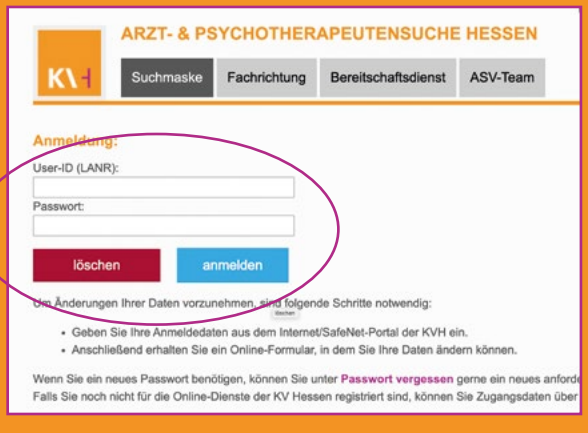
Online statt „per Brieftaube"

E-Mails sind schnell, einfach zu versenden und zu empfangen. Versandkosten fallen auch nicht an. Daher ersetzen E-Mails den klassischen Geschäftsbrief. Auch bei Ihnen? Oder erhalten Sie die Rundschreiben der KVH noch per Post? Dann sollten Sie dies ändern, damit Sie immer aktuell über wichtige Themen zu Ihrem Praxisalltag informiert werden.

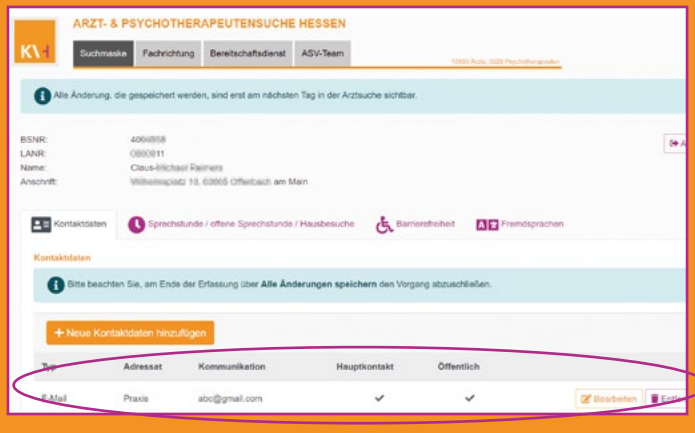
Die Änderungen können Sie selbst veranlassen über die Arztsuche www.arztsuchehessen.de:

Gehen Sie auf Ihren Eintrag in der Arztsuche.

Klicken Sie auf „Service für Mitglieder der KV Hessen: Korrektur der eigenen Angaben".



Verifizieren Sie sich mit LANR und Passwort (= SafeNet*-Zugang).



Tragen Sie Ihre E-Mail-Adresse ein. Nun erhalten Sie zukünftig alle Rundschreiben tagesaktuell per E-Mail.

Hinweis: Für die E-Mail-Verteiler werden automatisch die hinterlegten Kontaktdaten der Praxis verwendet, in der Sie als Mitglied niedergelassen sind.

In den Praxen in guten Händen

Seit Ende September 2021 sind die Impfzentren der hessischen Landkreise geschlossen. Bei einer Pressekonferenz in der Wiesbadener Staatskanzlei stellten Gesundheitsminister Klose, Innenminister Beuth und KV-Chef Frank Dastych Ende Juli die Pläne für den Übergang der Impfungen in die Regelversorgung vor.

Nicht immer lief in der Pandemie zwischen den beteiligten Akteuren alles glatt: Schutzausrüstung, Tests und Impfstoffe und nicht immer nachvollziehbare politische Entscheidungen gaben genügend Sprengstoff für die ein oder andere Auseinandersetzung her. Davon war am 28. Juli 2021 nichts zu spüren, als die Minister Klose und Beuth zusammen mit Hessens KV-Chef Frank Dastych die Pläne für den Übergang in die Phase nach dem 30. September 2021 vorstellten. In Hessen soll die Impfstrategie auf zwei Pfeilern ruhen: den Impfungen in den Haus- und Facharztpraxen sowie den regionalen Sonderimpfaktionen in Verantwortung der Städte und Landkreise, die in enger Abstimmung mit der KVH stattfinden sollen.

Innenminister Beuth bedankte sich bei den Landkreisen und allen, die dabei mitgeholfen haben, die 26 Impfzentren in Hessen einzurichten, zu betreiben und damit einen wichtigen Beitrag für die Impfungen zuvorderst der Risikogruppen geleistet zu haben. Gesundheitsminister Klose schloss in seinen Dank auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Betriebsärztinnen und -ärzte ein. Gleichzeitig appellierte er an den Teil der hessischen Bevölkerung, der sich noch nicht hatte impfen lassen hatte, dies zeitnah nachzuholen.

Frank Dastych beschloss die Pressekonferenz mit der klaren Botschaft an die hessische Bevölkerung: „Wir schaffen das! Wer ab dem 1. Oktober 2021 geimpft wird, egal ob Erst-, Zweit- oder Auffrischungsimpfung: Die Bürgerinnen und Bürger sind in den Praxen in guten und bewährten Händen. Impfungen sind Tagesgeschäft, die ambulante Versorgung hat seit dem Start der Kampagne in den Praxen eindrucksvoll bewiesen, was sie zu leisten in der Lage ist. Und das wird auch ab Herbst wieder funktionieren.“ ■

Karl M. Roth

Pressetermine finden schon mal im Stehen statt. So am 28. Juli 2021: Minister Kai Klose (Mitte), Minister Peter Beuth (nicht auf den Bildern), KV-Chef Frank Dastych (links) und Pressesprecherin Susanne Rothenhöfer.

Privatvermögen sichern, weil sich Risiken nicht ausschließen lassen

Wer während seiner Berufsausübung im ambulanten Sektor einen Schaden verursacht, ist zu Schadenersatz verpflichtet. Da hier eine Privathaftpflichtversicherung nicht greift, schreibt der Gesetzgeber bestimmten Berufsgruppen einen Berufshaftpflichtschutz vor.

Wer eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, kann das schon jetzt dem Zulassungsausschuss nachweisen

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung am 20. Juli 2021 wurde nun ein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz zu einer vertragsärztlichen Pflicht erhoben. Damit können nur ausreichend berufshaftpflichtversicherte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren zur vertragsärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen oder ermächtigt werden. Zuständig für die Überprüfung der Einhaltung der vertragsärztlichen Berufshaftpflichtversicherungspflicht ist mit dem Zulassungsausschuss ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzt:innen und Krankenkassen.

Wird ein Antrag auf Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung einer Anstellung gestellt, muss der Zulassungsausschuss daher den Nachweis eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes fordern. Dies muss durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung des Versicherers geschehen. Der Zulassungsausschuss ist ferner verpflichtet, alle bereits vertragsärztlich oder vertragspsychotherapeutisch Tätigen spätestens bis zum 20. Juli 2023 dazu aufzufordern, das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Der Nachweis muss dann innerhalb einer Frist von drei Monaten durch Vorlage einer Versicherungsbescheinigung erfolgen.

Wenn ein ausreichender Versicherungsschutz nicht fristgemäß nachgewiesen wird, droht vorerst das Ruhen der Zulassung für längstens zwei Jahre beziehungsweise der Widerruf der Ermächtigung. Sodann

Wer keine oder nur eine unzureichende Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, sollte sich umgehend darum kümmern. Der Nachweis einer solchen Versicherung ist dem Zulassungsausschuss nach seiner Aufforderung spätestens innerhalb dreier Monate durch eine Versicherungsbescheinigung vorzulegen.

ist die Zulassung zu entziehen, wenn der Nachweis nicht vorliegt. Ziel ist die Verhinderung der Ausübung vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit ohne ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz. Die Versicherungsbescheinigungen können ab sofort auch unaufgefordert bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses zur Prüfung eingereicht werden.

WAS BEDEUTET DAS FÜR SIE?

Der Berufshaftpflichtversicherungsschutz muss das individuelle Haftungsrisiko abdecken. Um einen dem Zweck der Regelung gerecht werdenden Schutz sicherzustellen, hat der Gesetzgeber Mindestversicherungssummen festgelegt:

Für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte

- 3 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers dürfen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme reduziert werden.

Für Vertragsärztinnen, Vertragsärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen sowie für medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Institute

- 5 Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers dürfen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme reduziert werden.

Soweit die ambulante Tätigkeit einer ermächtigten Ärztin oder eines ermächtigten Arztes von einer Betriebshaftpflichtversicherung eines Krankenhauses mitumfasst ist, muss sich dies aus der Versicherungsbescheinigung ergeben.

Eine Muster-Versicherungsbescheinigung ist eingestellt unter **www.kvhessen.de/praxismanagement/berufshaftpflichtschutz**

Für Rückfragen wenden Sie sich an die regionalen BeratungsCenter der KVH. Die Kontaktdaten finden Sie auf Seite 51. ■

Petra Westenberger

Infobox

Berufshaftpflichtschutz

Eine Berufshaftpflichtversicherung deckt Personen-, Sach- und rein finanzielle Schäden ab. Trotz aller Vorsicht können Sie leider nie ausschließen, dass durch Ihr Verschulden Schäden entstehen. Die Berufshaftpflicht schützt daher bei berechtigten Schadensersatzansprüchen Dritter und wehrt unberechtigte Ansprüche ab.

Der Rhythmus von „Stayin' Alive" rettet Leben

Der Deutsche Rat für Wiederbelebung kämpft dafür, dass mehr Laien Herzdruckmassagen beherrschen, damit deutlich mehr Menschen überleben, die einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden.

In den Kursen lernt man, dass man bei einer Herzdruckmassage beispielsweise zum Rhythmus des bekannten Songs „Stayin' Alive" so lange 30 x auf den Brustkorb drückt, bis der Rettungsdienst übernehmen kann

Jährlich haben deutschlandweit mehr als 70.000 Menschen außerhalb eines Krankenhauses einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand. Da der Rettungsdienst acht bis zehn Minuten benötigt, bis er eintrifft, kommt er beim Herz-Kreislauf-Stillstand meist zu spät, obwohl umstehende Personen mit einer Herzdruckmassage lebensrettende Maßnahmen ergreifen könnten. Dass das sehr gut funktioniert, haben bei der Fußball-EM Millionen Menschen live im Fernsehen mitverfolgen können. In Deutschland helfen aber noch zu wenige.

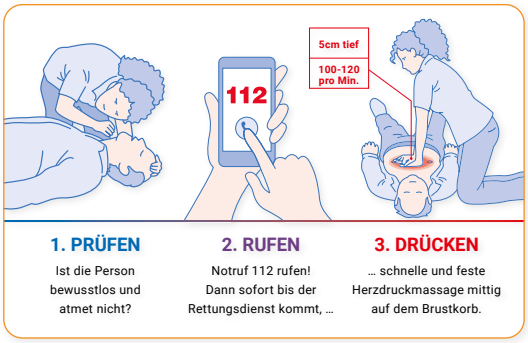
Eine gut ausgeführte Laienreanimation in Form der Herzdruckmassage versorgt das Gehirn weiter mit Sauerstoff und erhöht die Überlebenswahr-

Der Takt macht die Musik (und kann Leben retten)!

100–120 bpm

sind bei einer Herzdruckmassage ideal. Viele Songs schlagen in exakt dem Takt, den es braucht, um ein menschliches Herz am Leben zu erhalten.

53 geeignete Songs für die Laienreanimation findet man sogar in der Spotify-Playlist „Songs zum Lebenretten/Songs to do CPR to"



Praxen können für Patient:innen Scheckkarten zur Laienreanimation bestellen unter **www.bzga.de/infomaterialien/wiederbelebung/**

scheinlichkeit der Patientin oder des Patienten um das Dreifache. Der Deutsche Rat für Wiederbelebung e.V. (German Resuscitation Council; GRC) und viele andere setzen sich seit Jahren dafür ein, dass mehr Menschen in Sachen Laienreanimation aufgeklärt und ausgebildet werden. Mit Erfolg! Die Laienreanimationsquote lag 2012 zu Beginn der Ausbildungs- und Aufklärungsaktivitäten deutschlandweit bei unter 20 Prozent. Zwischenzeitlich stieg sie im Jahr 2020 auf 40,4 Prozent an. Damit liegt sie aber noch deutlich unter den Quoten anderer europäischer Länder. So werden in Schweden oder in den Niederlanden Quoten von bis zu 80 Prozent erreicht.

Der GRC organisiert und unterstützt gute Projekte rund um das Thema Wiederbelebung und hofft, damit die Laienreanimationsquote in den nächsten Jahren deutlich anzuheben. Angestrebt wird eine Laienreanimationsquote von über 65 Prozent im Jahr 2025. Sie kann aber nur erreicht werden, wenn es gelingt, mehr Menschen zu motivieren, an Reanimationskursen teilzunehmen. Werbung dafür können alle machen, die im Gesundheitswesen tätig sind. ■

Petra Bendrich

Infobox

Deutscher Rat für Wiederbelebung e.V. (German Resuscitation Council; GRC)

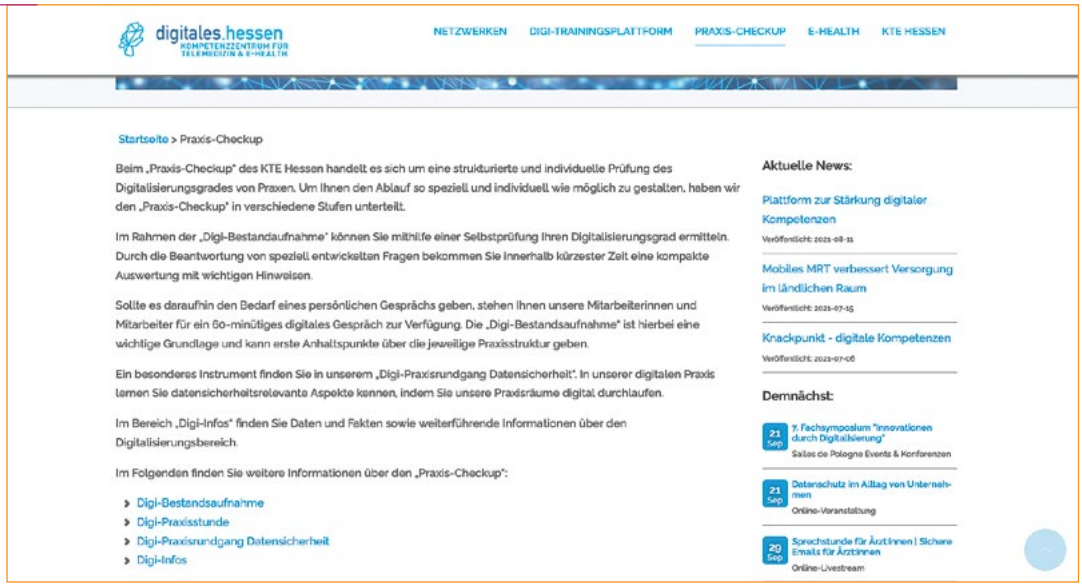
Ziel des GRC ist es, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Organisationen und Personen, die sich mit verschiedenen Aspekten der Wiederbelebung befasst, zu fördern und zu harmonisieren (**www.grc-org.de**).

Neue beste Freunde für Telemedizin und E-Health

Als erste landesweite Einrichtung für die Digitalisierung im Gesundheitswesen stellt das Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health Hessen (KTE Hessen) seine digitalen Beratungsangebote vor.

Beraten, vernetzen und unterstützen will das Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health Hessen. Zu seiner Zielgruppe gehören vorrangig niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Praxisteams in Hessen. Mit dem Vorhaben des Landes Hessen, insbesondere den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen zu fördern, agiert das Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health Hessen seit seiner Gründung im April 2018 als zentrale, herstellerunabhängige und kostenfreie Beratungs- und Informationsstelle, um Projekte und Ideen im telemedizinischen Bereich voranzubringen.

Das KTE Hessen wird seit Januar 2021 durch die Hessische Staatskanzlei – Bereich der Ministerin für Digitale Strategie und Entwicklung (MinD) – gefördert. Die Neuausrichtung basiert auf den drei Säulen „Praxis-Checkup", „Digi-Trainingsplattform" und „Netzwerken und Veranstaltungen". Beim „Praxis-Checkup" kann die Zielgruppe in kürzester Zeit durch eine Bestandsaufnahme den Status quo des Digitalisierungsgrads einer Praxis ermitteln. Je nach Bedarf können Praxisinhaber:innen anschließend einen individuellen Beratungstermin buchen. Zudem gibt es die Möglichkeit, bei einem virtuellen Praxis-



Der Praxischeck ist kostenfrei. Er lohnt sich für alle Niedergelassenen, die zu dem Thema Fragen haben und am Ball bleiben wollen.

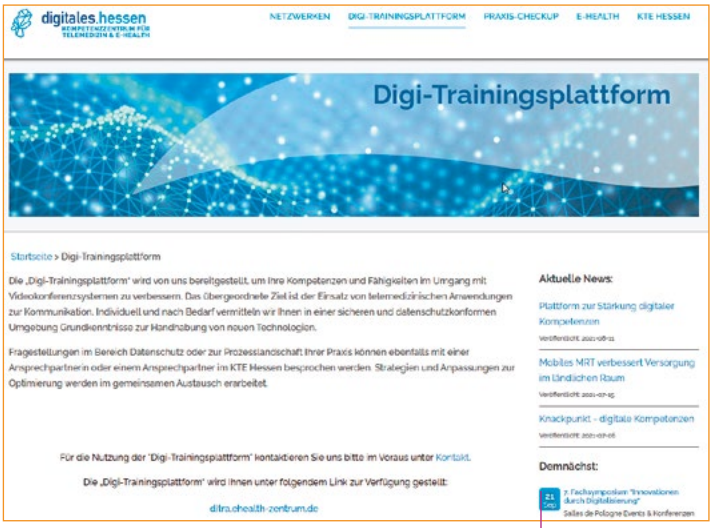
rundgang Herausforderungen in den Bereichen des Datenschutzes und der Datensicherheit zu erkunden. Die zweite Säule ist die „Digi-Trainingsplattform" (DiTra). Über die DiTra können die Akteurinnen und Akteure in einer geschützten Umgebung ihre Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang mit Videokonferenzsystemen verbessern. Die letzte Säule bietet die Möglichkeit zum Austausch, zur Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen oder zur regelmäßigen Information über Events auf Bundes- und Landesebene. Weiterhin stellt das KTE Hessen über seine Webseite **www.ehealth-zentrum.de** regelmäßig ausgewählte Informationen und Dokumente zur Digitalisierung im Gesundheitswesen bereit.

Ärztinnen und Ärzte sollen ihre Zeit für ihre Patientinnen und Patienten nutzen können und sich auf das konzentrieren, was wirklich zählt: die Gesundheitsvorsorge oder -versorgung. Heute ist das leider nicht immer so. Das Auswählen, Verstehen und die Nutzung zahlreicher neuer digitaler Anwendungen und Softwarekomponenten kostet viel Zeit und strapaziert oft auch die Nerven. Damit Niedergelassene das nicht allein bewältigen müssen, hat die Landesregierung das KTE Hessen gegründet. So haben die Mitglieder der KVH einen Partner an ihrer Seite, der hilft, dass neue Technologien gut, gern und souverän eingesetzt werden können. ■

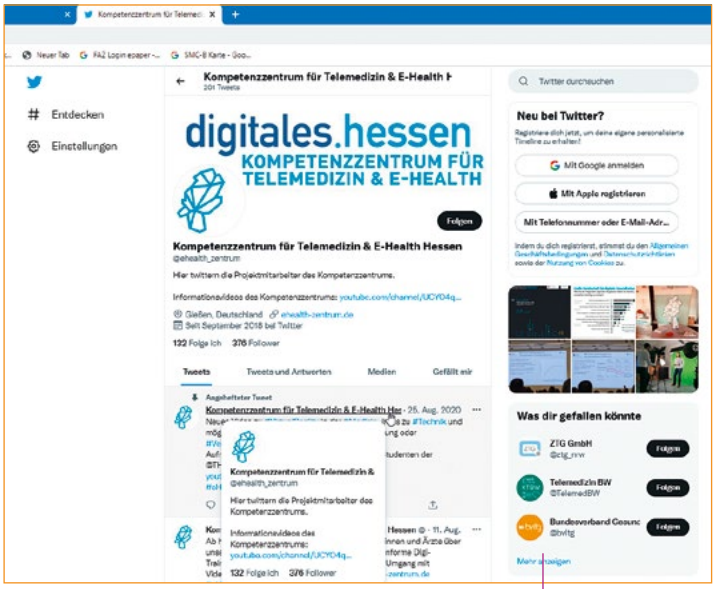
KTE

SIE HABEN FRAGEN?

Kompetenzzentrum für Telemedizin
und E-Health Hessen
Nordanlage 19
35390 Gießen
E. **info@ehealth-zentrum.de**
H. **www.ehealth-zentrum.de**
twitter.com/ehealth_zentrum



Hier können ausgewählte Mitglieder des Praxisteams in einer geschützten Umgebung diverse Dinge einfach mal ausprobieren und Routine erwerben



Selbstverständlich kann man dem KTE Hessen auch auf Twitter folgen. So erhält man immer aktuelle Veranstaltungshinweise, relevante Veröffentlichungen und vieles mehr

Hohe Erwartungen an eine Niederlassung

Das Thema der Nachfolge beschäftigt viele Niedergelassene der KVH, denn die Nachfrage ist leider nicht so hoch wie das Angebot. Die Gründe dafür sind vielfältig, junge Mediziner:innen wünschen sich wirtschaftlich attraktive Rahmenbedingungen, fühlen sich von Regressen bedroht und verlangen eine vernünftige Work-Life-Balance. Lesen Sie daher ganz konkret, welche Tipps die KVH für Praxisabgeber:innen hat beziehungsweise was den Praxisübernehmer:innen wirklich wichtig ist (Seite 14). Gestützt wird dies mit Umfrageergebnissen der LÄKH zu den Erwartungen hessischer Medizinabsolvent:innen (Seite 18). Damit eine Übernahme klappt, ist es wichtig, dass beide Parteien aufeinander zugehen und zu einem Austausch finden. Wie dies gut gelingen kann, haben wir bei Dr. Helge Weiler und seinem Kollegen Dr. Dag-Hau Yim (Seite 22), bei Dr. Silvia Steinebach (Seite 28) sowie bei Philip Nguyen und Dr. David Haas (Seite 25) nachgefragt. Zudem werfen wir einen Blick hinter die Kulissen mit Zahlen, Daten und Fakten zur ambulanten Versorgung in Hessen (Seite 30). Da wird schnell klar, dass es in den nächsten Jahren immer anspruchsvoller werden dürfte, die Lücken im Versorgungsteppich zu stopfen. ■

Petra Bendrich

Erwartungen des Gegenübers richtig einschätzen

Sie suchen eine Praxis zur Übernahme oder aber eine:n Nachfolger:in für Ihre Praxis? Die KVH bietet Ihnen alle notwendigen Beratungsservices, die Sie für eine vorbereitete Übernahme oder Nachfolge benötigen.

BERATUNGSSERVICES DER KVH

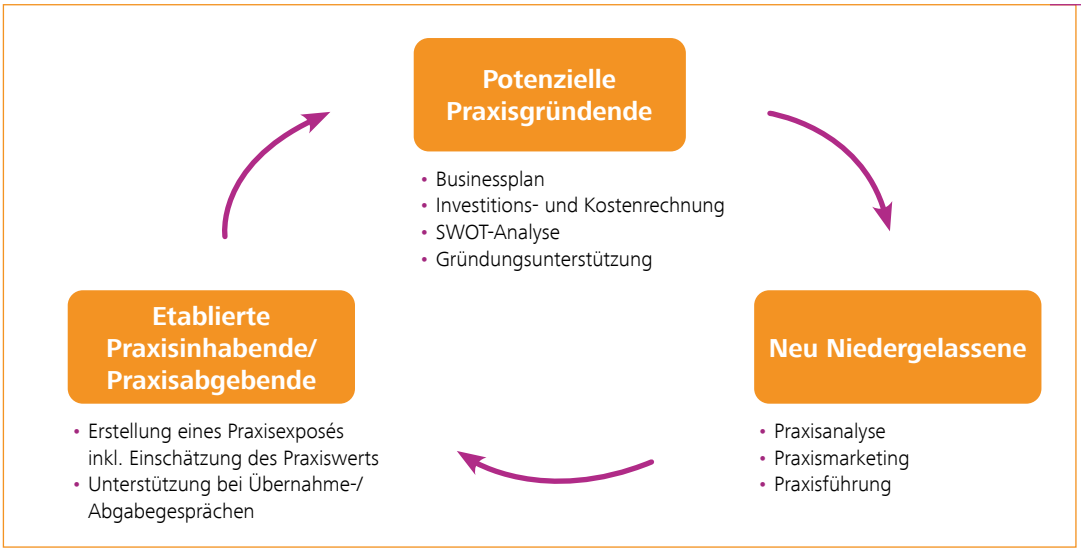
Oftmals bekommen Sie bei Ihrem zuständigen BeratungsCenter schon viele qualifizierte Tipps zur erfolgreichen Praxisführung, wie etwa zur Abrechnung oder Praxisorganisation. Doch wir gehen nun einen Schritt weiter: Unsere BWL-Beratung fokussiert sich ganz auf diese speziellen Themen. Mit Luisa Bleuel und Felix Lippold stehen Ihnen zwei Experten zur Verfügung, die das nötige betriebswirtschaftliche Fachwissen mitbringen und sich im KV-System bestens auskennen. Nutzen Sie unser Angebot und vereinbaren Sie einen Beratungstermin.

Die BWL-Beratung Ihrer KVH ist vor allem eins: unabhängig!

JETZT TERMIN VEREINBAREN!

Termine für die BWL-Beratung können Sie telefonisch oder per E-Mail bei Luisa Bleuel und Felix Lippold vereinbaren unter beziehungsweise an:

T. 069 24741-7600
E. BWL-Beratung@kvhessen.de



Zielgruppen und potenzielle Beratungsthemen der BWL-Beratung

Die Ressource Ärztin und Arzt ist kostbar und begrenzt. Die KVH gestaltet die Versorgung aktiv und bekämpft den Ärzt:innenmangel mit folgenden Maßnahmen: 2012 wurde die Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin gegründet. Dann reformierte sie den Ärztlichen Bereitschaftsdienst grundlegend und startete die Nachwuchskampagne „Sei Arzt. In Praxis. Leb Hessen". Zudem wurden diverse finanzielle Förderungen der Niederlassung in ausgewählten Regionen über den Hessischen Pakt beschlossen sowie auch Förderungen für die fachärztliche Weiterbildung und auch der ambulanten Aus-, Fort- und Weiterbildung für Psychotherapeut:innen. Diese Maßnahmen wirken zwar, aber nichtsdestotrotz fehlen nach wie vor niederlassungsinteressierte Ärzt:innen.

Aus Sicht der KVH machen die folgenden Aspekte eine Niederlassung für junge Mediziner:innen immer unattraktiver: eine oft nicht kostendeckende Vergütung, immer weiter zunehmende Bürokratie, eine hohe Arbeitsbelastung sowie öffentliche Kampagnen, die dem Berufsbild einer niedergelassenen Ärztin oder eines niedergelassenen Arztes schaden. Dies alles wirkt auf viele junge Mediziner:innen abschreckend. Und nicht zuletzt wird gern unter den Teppich gekehrt, dass die ärztliche Versorgung durch das SGB V eingeschränkt ist, denn die ärztliche Versorgung soll wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig sein. Auch das schürt bei jungen Mediziner:innen die Sorgen um berufsethische Konflikte.

Praxisinhaber:innen, die bald eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger suchen möchten, sollten daher die ganzen praktischen Tipps der Berater:innen der KVH aufmerksam lesen, damit sie ihr Praxisteam und ihre Patient:innen mittelfristig in gute Hände übergeben können.

JETZT TERMIN VEREINBAREN!

BeratungsCenter Frankfurt:
T. 069 24741-7600
F. 069 24741-68829
E. beratung-frankfurt@kvhessen.de

BeratungsCenter Darmstadt:
T. 06151 158-500
F. 06151 158-488
E. beratung-darmstadt@kvhessen.de

BeratungsCenter Wiesbaden:
T. 0611 7100-220
F. 0611 7100-284
E. beratung-wiesbaden@kvhessen.de

BeratungsCenter Gießen:
T. 0641 4009-314
F. 0641 4009-219
E. beratung-giessen@kvhessen.de

BeratungsCenter Kassel:
T. 0561 7008-250
F. 0561 7008-4222
E. beratung-kassel@kvhessen.de

Gewusst wie: Tipps für Praxisübernehmer:innen

Ist der Entschluss zur Praxisübernahme gefallen, muss man sich zu Beginn über seine Pläne im Klaren werden. Welcher Standort ist geeignet? Ist mein Behandlungskonzept sinnvoll und wie wirtschaftlich wird es sein?

Bei der Planung in allen Schritten den Überblick zu behalten, ist nicht leicht und kann einem manchmal wie Sisyphusarbeit vorkommen: Kaum ist ein Detail gelöst, kommen zehn neue Aspekte hinzu, die bedacht und geregelt werden wollen. Schnell sieht man den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, sich ein fachliches Netzwerk aufzubauen und eng mit seinen Berater:innen zusammenzuarbeiten. Die Berater:innen der KVH begleiten den gesamten Prozess der Praxisübernahme, von der ersten groben Gedankenplanung bis zur Niederlassung. Darüber hinaus sollte man sich auch an Rechtsberater:innen für die Aufsetzung und Prüfung neuer sowie bestehender Verträge, an Steuerberater:innen sowie an Finanzplaner:innen wenden. Gerade die Frage der Finanzierung ist ein Thema, über das man sich mehr als einmal den Kopf zerbricht. Fördermittel sowie staatliche Zuschüsse können helfen – dafür ist ein guter Businessplan für die ersten Arbeitsjahre essenziell wichtig, denn er steigert die Chancen auf Förderung und Finanzierung. Ein Businessplan stellt zudem sicher, dass an alle kommenden Ausgaben gedacht ist und diese einkalkuliert sind – auch für Kreditvergaben durch die Hausbank ist dieser Plan somit Gold wert. Zusätzlich stellen Praxisübernahmen auch viele große Vorteile dar, denn bei guter Vorbereitung und durchdachter Übergangsregelung kann der Patient:innenstamm häufig übernommen werden. Dies erspart mühevolles Werben um neue Patient:innen, und das Risiko von Umsatzeinbrüchen ist gut kalkulierbar. Für dieses oder andere Themen stehen Ihnen speziell die BWL-Berater:innen der KVH tatkräftig zur Seite.

Nun kann man eine Praxisübernahme jedoch nicht mit dem Kauf eines neuen Autos vergleichen. Es genügt nicht, alle Formalia zu regeln, dann holt man sich die Schlüssel ab und die Praxis ist ein Selbstläufer. Eine Praxis ist ein Unternehmen, hinter dem Mitarbeiter:innen und Patient:innen stehen, der Alltag muss organisiert werden. Es ist daher sinnvoll, sich frühzeitig Einblicke zu verschaffen und erste Erfahrungen zu sammeln. Besonders geeignet sind vorzeitige Jobmodelle, wie das der Praxisvertretung oder als Ärztin oder Arzt in Weiterbildung, durch die man die Arbeitsabläufe in einer Praxis schon einmal erlebt und auch mit den ersten möglichen Problemen umzugehen lernt. Eine weitere gute Option stellen Weiterbildungen dar. Die Abteilung Qualitätsförderung der KVH unterbreitet ein großes Angebot an Fortbildungen im Praxis- und Qualitätsmanagement an; das Team der Beratung kann hier über sinnvolle erste Schritte informieren. Zudem gibt es einen Workshop der BWL-Beratung „Existenzgründung, BWL Grundlagen und BWL für Fortgeschrittene“.

Sollte eine Übernahme dann doch nicht möglich sein, stellt auch die Neugründung oder der Beitritt in eine Praxiskooperation eine sinnvolle Option dar. In diesen Fällen sind die bereits genannten Punkte natürlich von genauso großer Bedeutung.

Tipps für Praxisübernehmer:innen

- Erfahrung sammeln
- Netzwerk aufbauen
- Ziele konkretisieren – Business Plan erstellen
- Ggf. nötige Qualifikationen erwerben
- Finanzierungsoptionen klären

Für beide gilt:

Kontaktieren Sie Ihr BeratungsCenter der KVH!

Gewusst wie: Tipps für Praxisabgeber:innen

Der erste und manchmal auch schwierigste Schritt bei der Praxisabgabe ist die Suche nach einer geeigneten Nachfolgerin oder einem geeigneten Nachfolger. Schon seit Längerem lässt sich der Trend zur Anstellung erkennen, die Selbstständigkeit geht mit viel Arbeit einher und eine betriebswirtschaftliche Ausbildung stellt im Medizinstudium noch immer ein Fremdwort dar. Besonders die jungen Leute scheuen das unternehmerische Risiko; dass dieses aber jeden Unternehmensstart begleitet, ist natürlich keine Überraschung.

Es zahlt sich besonders aus, frühzeitig die Augen und Ohren offen zu halten. Eine Praxisübernahme läuft schließlich nicht über Nacht. Beschäftigt man sich mit der Nachfolger:innenfrage erst, sobald die geplante Übernahme bevorsteht, setzt man sich nicht nur unnötig einer Drucksituation aus, sondern verschenkt wirklich sehr gute Möglichkeiten, die Nachfrage selbst zu generieren. Ein tolles Beispiel für Abgeber:innen, Nachfolger:innen und Patient:innen ist die Integration einer Ärztin oder eines Arztes in Weiterbildung (AiW). Hat dann die oder der AiW den Titel einer Fachärztin oder eines Facharztes in der Tasche, bietet dieses Modell die Möglichkeit, die Vorzüge der Praxis mitsamt Team und Patient:innen kennenzulernen, alle Abläufe zu verstehen und den Übergangsprozess sanft zu gestalten. Auch besteht so für beide Parteien bereits eine gemeinsame Basis, auf der die Übernahme aufbauen kann. Andernfalls sollte man idealerweise bereits zwei bis drei Jahre vor der geplanten Übernahme mit dem Umhören beginnen und Anzeigen schalten. Das Berater:innenteam der KVH kann hier verschiedenste Optionen aufzeigen.

Ist eine potenzielle Nachfolgerin oder ein potenzieller Nachfolger gefunden, ist es besonders wichtig, Sorgen und Ungewissheiten durch eine gute, gemeinsame Planung entgegenzuwirken. Frühzeitig sollten die eigenen Erwartungen identifiziert, kommuniziert und im Zweifelsfall vielleicht noch ein klein wenig angepasst werden. Klar ist: Die abgebende Ärztin oder der abgebende Arzt haben viel Herzblut in ihre Praxis gesteckt, stellt diese doch regelmäßig das Lebenswerk dar. Sitzt man jedoch auf der anderen Tischseite als Praxisübernehmerin oder Praxisübernehmer, ist es wie mit jedem anderen Unternehmen: Die harten Fakten müssen eben auch stimmen. Im Endeffekt ist und bleibt die Praxis Mittel zum Zweck – Lage, Ausstattung, aber auch Reputation und künftige Gewinnaussichten spielen eine entscheidende Rolle. Die Räumlichkeiten veralten zu lassen oder an neuen Geräten zu sparen, mag aus diesem Grund zwar im ersten Moment finanziell sinnvoll erscheinen, trägt im Nachhinein allerdings nicht zu einer Wertsteigerung der Praxis bei. Hier sollte gemeinsam ein strukturiertes Gesamtkonzept erarbeitet werden, welches beiden Parteien auch Planungssicherheit gibt.

Um die Übernahme dann erfolgreich abzuschließen, ist es ratsam, eine qualifizierte Beratung in Anspruch zu nehmen. Ihre BeratungsCenter vor Ort unterstützen Sie bei Ihrem kompletten Vorhaben. Im weiteren Verlauf ist mitunter der Kontakt zu Ihren Finanzberater:innen oder Ihren Rechtsberater:innen wesentlich: Wie wird mit dem Erlös am sinnvollsten umgegangen? Welche Steuern müssen möglicherweise beachtet werden und welche Kernaspekte sollte ich juristisch einschätzen lassen? Sind all diese Fragen aber geklärt, steht einer erfolgreichen Übernahme nichts mehr im Weg.

Tipps für Praxisabgeber:innen

- Frühzeitige Nachfolger:innensuche
- Praxis auf aktuellem Stand halten
- Neutrale Praxiswertermittlung einholen
- Übergabe und Abgabemodalitäten klären
- Finanzplanung für die Zeit „nach der Praxis“ aufstellen

Felix Lippold, Caroline Godon, Petra Bendrich

Lasst Ihr euch nieder? – Erwartungen hessischer Medizinabsolvent:innen

Die Landesärztekammer Hessen führt seit mehreren Jahren eine Befragung der ärztlichen Medizinabsolvent:innen durch, um Aussagen über deren berufliche Pläne und Motive zu erhalten.

Immer mehr ÄiW arbeiten in Teilzeit

Ärztemangel und weitere damit verbundene Fragen zur zukünftigen ärztlichen und medizinischen Versorgung sind Themenkomplexe, denen sich die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) seit vielen Jahren intensiv widmet. Im Fokus stehen vor allem Ärztinnen und Ärzte am Anfang ihres Berufslebens und somit an den Knotenpunkten ihrer beruflichen Entscheidungen. Bereits seit 2009 werden die Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums und seit 2012 die Studierenden am Beginn ihres Medizinstudiums in Hessen befragt.[1] Die Ergebnisse beider Befragungen werden voraussichtlich ab 2022 in einer Artikelreihe im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht. Im Folgenden wird hier ein Ausschnitt der Ergebnisse aus der Befragung der Absolventinnen und Absolventen dargestellt. Nach mittlerweile 23 Befragungswellen können über 4.600 Antworten berücksichtigt werden.

PLÄNE AM ANFANG DES STUDIUMS

Bereits mit Aufnahme des Medizinstudiums hatte die Mehrheit der Befragten bestimmte Vorstellungen von ihrer späteren beruflichen Tätigkeit. Am Anfang des Studiums wollte sich – aus retrospektiver Sicht – insgesamt ein Drittel der Befragten (33 Prozent) niederlassen, davon 8 Prozent hausärztlich und 25 Prozent fachärztlich. Etwas mehr (38 Prozent) wollten

[1] Die Methodik wurde in einem früheren Artikel (Auf den Punkt Nr. 3/JUN 2017, S. 22 ff.) erläutert.

im stationären Bereich tätig werden. Etwa ein Viertel der Befragten (26 Prozent) hatte noch keine konkreten Pläne. Im Zeitverlauf sind die Antworten im Querschnitt stabil geblieben.

PLÄNE AM ENDE DES STUDIUMS

Im Laufe des Studiums konkretisieren sich die beruflichen Vorstellungen und die meisten haben konkrete Ziele vor Augen. Eine Abwanderung der Medizinabsolvent:innen in andere, nicht kurative Bereiche wird in der Befragung der LÄKH dauerhaft nicht beobachtet. Eine Stelle als Ärztin oder als Arzt wollen 98 Prozent der Befragten entweder unmittelbar oder innerhalb von sechs Monaten nach dem Studium antreten. Von ihnen haben bereits etwa 43 Prozent eine feste Stellenzusage.

Konkrete Vorstellungen haben die Befragten bezüglich einer möglichen fachärztlichen Weiterbildung. Etwa 92 Prozent beabsichtigen den Erwerb eines Fachgebietes. Nur etwa 7 Prozent sind sich noch unsicher und nur 1 Prozent möchte kein Fachgebiet erwerben.

Die beliebtesten Facharztgebiete sind Innere Medizin (21 Prozent), chirurgische Fachgebiete (16 Prozent), Anästhesiologie (10 Prozent) und Kinder- und Jugendmedizin (9 Prozent). Mit 8 Prozent folgt Allgemeinmedizin an fünfter Stelle.

Hinsichtlich des Tätigkeitssektors planen insgesamt 40 Prozent der Befragten eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung. Von diesen wollen etwa ein Viertel im hausärztlichen und drei Viertel im fachärztlichen Bereich tätig werden. Eine selbstständige Niederlassung planen etwa 28 Prozent der Befragten. Etwa 12 Prozent möchten als angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig werden. Im Klinikbereich stellen sich etwa 37 Prozent ihre berufliche Zukunft vor. Eine gleichzeitige Tätigkeit in Klinik und Praxis planen etwa 6 Prozent der Befragten. Etwa 17 Prozent sind hinsichtlich des zukünftigen Tätigkeitssektors noch unentschieden.

Während die Anzahl der zukünftig gern ambulant selbstständig Tätigen im Zeitverlauf insgesamt stabil bleibt, steigt die Anzahl derjenigen, die eine Anstellung im ambulanten Bereich anstreben. Das gilt vor allem für die fachärztlich Tätigen: Während die in den Jahren 2009–2011 etwa von 5 Prozent der Befragten geplant wurde, liegt der Anteil in den Jahren 2018–2020 bereits bei über 10 Prozent. Im hausärztlichen Bereich liegen die entsprechenden Zahlen jeweils bei 1 Prozent und 4 Prozent. Markant ist ebenfalls der Anstieg derjenigen, die eine gleichzeitige Tätigkeit in der Klinik und Praxis anstreben. Vor zehn Jahren lag der Anteil bei etwa 3 Prozent, in den letzten Jahren ist er auf knapp 10 Prozent angestiegen. Das Interesse an einer Tätigkeit im Krankenhaus lässt im Laufe der Zeit nach. Aus den etwa 45 Prozent in den Anfangsjahren der Befragung sind in den letzten Jahren etwa 30 Prozent geworden.

WAS BIETET DER IDEALE ARBEITSPLATZ?

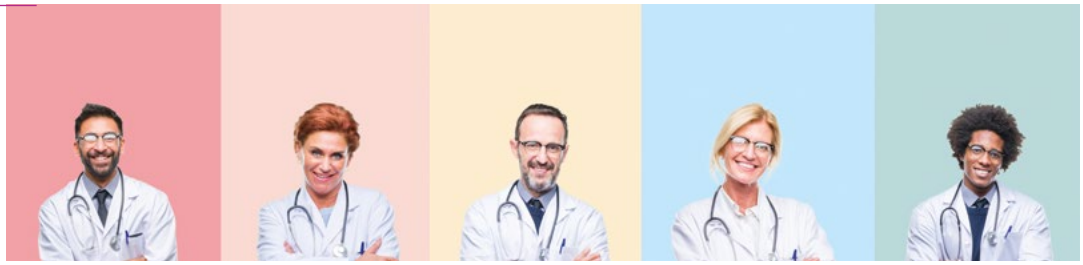
Auf die Frage nach den wichtigsten Kriterien bei der Auswahl des Arbeitgebers sind folgende Faktoren ausschlaggebend: Mit Abstand am wichtigsten ist das Arbeitsklima (82 Prozent). Eine interessante Tätigkeit wird von 60 Prozent der Befragten genannt. Gute Teamarbeit wünschen sich 53 Prozent der Befragten. Naheliegend ist, dass das Vorhandensein einer Weiterbildungsbefugnis gewünscht wird (48 Prozent). Ferner sind die Einhaltung der Arbeitszeiten (40 Prozent), eine hohe Lebensqualität vor Ort (37 Prozent) sowie das Angebot von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (36 Prozent) als Kriterien genannt. Weniger Beachtung finden die betriebliche Kinderbetreuung (5 Prozent) oder die Sicherheit des Arbeitsplatzes (12 Prozent). Eine relativ untergeordnete Rolle spielen Karrieremöglichkeiten (20 Prozent) oder gute Bezahlung (25 Prozent).

WER BIN ICH IN MEINER SPÄTEREN BERUFSTÄTIGKEIT?

Bei der Befragung wurden die Absolvent:innen gebeten, einige Aussagen zu ihrer späteren Berufstätigkeit zu beurteilen. Über die Hälfte der Befragten (57 Prozent) ist bereit, für den Einstieg in eine Praxis finanzielle Belastungen auf sich zu nehmen. Bei denjenigen, die sich selbstständig niederlassen wollen, beträgt der Anteil sogar 87 Prozent. Gleichzeitig sind die wichtigsten Faktoren die finanzielle Sicherheit (96 Prozent) oder ein sicherer Arbeitsplatz (95 Prozent).

Nur etwa 18 Prozent geben an, die Vergütungssystematik für niedergelassene Ärzt:innen zu kennen. Für betriebswirtschaftliche Fragen interessieren sich 40 Prozent der Befragten (54 Prozent der Niederlassungswilligen).

Die Zahl der aus dem Ausland stammenden ÄiW steigt



Sein eigener Chef oder ihre eigene Chefin wären gern etwa 62 Prozent. Bei den Niederlassungswilligen beträgt der Anteil sogar 93 Prozent und ist daher mutmaßlich ein wichtiger Aspekt bei der Entscheidung für eine Niederlassung. Dennoch würden die meisten Niederlassungswilligen (75 Prozent) lieber im Team als unabhängig arbeiten.

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE IN WEITERBILDUNG

Die ärztliche Weiterbildung ist ein weiterer, immer wichtiger werdender Punkt der Versorgungsforschung der LÄKH. Um aussagefähige Daten zur Weiterbildung zu erhalten, erfasst die LÄKH seit 2013 die hessischen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW). Zum Stichtag 1. Oktober 2020 wurden insgesamt 6.650 aktive ÄiW von den Weiterbildungsbefugten einer Gebietsbezeichnung gemeldet.

Die Mehrheit der ÄiW sind im Zeitverlauf stabil weiblich (57 Prozent). Der Altersdurchschnitt aller hessischen ÄiW betrug im Jahr 2020 erneut 35 Jahre. Da die Weiterbildung größtenteils in einer stationären Einrichtung stattfindet, war die Mehrheit im stationären Bereich tätig (81 Prozent). Etwa 12 Prozent arbeiteten im ambulanten Bereich und 7 Prozent in einer sonstigen Einrichtung.

Die Verteilung der ÄiW nach Fachgebieten entspricht ebenfalls den Vorjahren: Die größte Gruppe umfasste Innere Medizin (27 Prozent), gefolgt von den Gebieten Chirurgie (18 Prozent) und Anästhesiologie (10 Prozent). Lediglich 7 Prozent waren in der Allgemeinmedizin tätig.

Zwar weist die Allgemeinmedizin seit 2013 kontinuierlich den höchsten Anteil an unbesetzten Weiterbildungsstellen auf (im Jahr 2020 waren es 67 Prozent), doch ist der Anteil an Befugnissen ohne ÄiW seit Erhebungsbeginn um 12 Prozentpunkte gesunken.

Zwei Entwicklungen sind zu beobachten: Immer mehr ÄiW arbeiten in Teilzeit. Das gilt nicht nur für weibliche, sondern auch für männliche ÄiW. Ferner nimmt die Zahl aus dem Ausland stammender ÄiW zu.

FAZIT

Junge Ärztinnen und Ärzte sind hoch motiviert, direkt oder kurz nach dem Studium in die Patientenversorgung einzusteigen. Grundsätzliche Haltungen verändern sich im Laufe des Studiums nur wenig. Die Motivation, langfristig einer Tätigkeit im Krankenhaus nachzugehen, scheint nachzulassen. Gründe hierfür können, den präferierten Kriterien für den späteren Arbeitsplatz nachgehend, die unregelmäßigen Arbeitszeiten sein. Auch die eher hierarchisch geprägte Struktur in den Krankenhäusern und die dadurch weniger ausgeprägte eigenverantwortliche Entscheidungsfreiheit könnten ein Grund sein. Durch Gehaltszahlungen ist andererseits eine finanzielle Sicherheit gegeben. Eine Niederlassung ist wiederum oft mit einem großen finanziellen Risiko und erhöhtem persönlichen Einsatz verbunden. Dafür trifft man Entscheidungen in eigener Verantwortung und kann flexibler über eigene Zeit verfügen.

Gründe für eine Anstellung im ambulanten Bereich könnten eine geringere Verantwortung und übersichtliche Arbeitszeiten bei gleichzeitiger finanzieller Sicherheit sowie ein Mitspracherecht durch kleinere Strukturen sein.

Die Bereitschaft für eine Niederlassung ist am Ende des Studiums vorhanden. Eine endgültige Entscheidung wird in der Weiterbildungszeit getroffen. Daher ist es wichtig, in dieser Zeit die Niederlassungswilligen in deren Entscheidung zu bekräftigen sowie die Hürden beim Einstieg in die Niederlassung zu finden und diese niedrig zu gestalten. ■

Liina Baumann, Silke Nahlinger,
Dr. Iris Natanzon, Nina Walter

TELEMATIKINFRASTRUKTUR
ANWENDUNGEN IN DER PRAXIS

Die Telematikinfrastruktur (TI) entwickelt sich weiter und ermöglicht nun nach und nach weitere digitale Anwendungen. Welche das sind, wann mit ihnen zu rechnen ist und was Praxen dafür benötigen, zeigt die folgende Übersicht auf einen Blick.

Je nach Praxissituation ist ein zusätzliches E-Health-Kartenterminal im Sprechzimmer sinnvoll, um dort die eGK oder den eHBA einzulesen.

Update E-Health-Konnektor

Update ePA-Konnektor

PVS-Modul NFDM

NOTFALLDATEN-MANAGEMENT (NFDM)

Speichern und Auslesen notfallrelevanter Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)
STATUS: verfügbar

PVS-Modul eMP

ELEKTRONISCHER MEDIKATIONSPLAN (eMP)

Speichern, Auslesen und Aktualisieren des Medikationsplans auf der eGK
STATUS: verfügbar
Patient benötigt eine PIN für die eGK

PVS-Modul eArztbrief und KIM

ELEKTRONISCHER ARZTBRIEF

elektronisches Senden und Empfangen von Arztbriefen über die TI
STATUS: verfügbar

PVS-Update und KIM

ELEKTRONISCHE ARBEITS-UNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG (eAU)

elektronischer Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkassen
STATUS: ab 1. Oktober 2021, spätestens ab 1. Januar 2022 (Übergangsregelung)

PVS-Modul ePA

ELEKTRONISCHE PATIENTENAKTE (ePA)

digitale Akte, in der Patienten ihre medizinischen Daten speichern können
STATUS: ab 1. Juli 2021 Pflicht

PVS-Update

ELEKTRONISCHES REZEPT

elektronisches Verordnen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
STATUS: ab Juli 2021 freiwillig, ab Januar 2022 Pflicht

KIM KOMMUNIKATION IM MEDIZINWESEN

ARZTBRIEFE, BEFUNDE ODER AU-BESCHEINIGUNGEN SO EINFACH VERSENDEN WIE EINE E-MAIL AN DIE FREUNDIN ODER DEN FREUND:

Mit einem Dienst für sichere Kommunikation im Medizinwesen (KIM) geht das. Nutzen können ihn alle, die an die TI angeschlossen sind, etwa Praxen, Krankenhäuser und Apotheken. Verschiedene Anbieter haben bereits KIM-Dienste auf den Markt gebracht, darunter die KBV mit ihrem Dienst kv.dox.

Um KIM nutzen zu können, müssen Praxen einen Vertrag mit einem zugelassenen KIM-Dienst-Anbieter abschließen. Notwendig sind zudem ein entsprechendes PVS-Modul, das Update zum E-Health-Konnektor und ein eHBA.

↗ Weitere Infos unter:
www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php
www.kvdox.kbv.de

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; **Stand:** 26. August 2021

Bei Bier und Hot Pot

Zwei junge Klinikärzte beschließen, gemeinsam eine Hausarztpraxis zu gründen. Ihr Plan, ersonnen beim Essen im Chinarestaurant, geht trotz Corona auf.

Beim gemeinsamen Essen des asiatischen Feuertopfs stellten sie fest, dass sie denselben Berufswunsch haben: die Niederlassung in eigener Praxis

Ob es an den scharfen Gewürzen des Hot Pot lag, dass irgendwann die Wahrheit auf den Tisch kam? „Das war echt wahnsinnig scharf", erinnert sich jedenfalls Dr. Helge Weiler lachend an den Abend im Herbst 2018, als er mit seinem Kollegen Dr. Dag-Hau Yim bei Bier und diesem asiatischen Feuertopf, auch bekannt als chinesisches Fondue, zusammensaß. Beide arbeiten seit 2014 als Assistenzärzte in der Uniklinik Frankfurt eng und vertrauensvoll zusammen. Über die Jahre ist eine Freundschaft entstanden. Trotzdem wissen sie nicht voneinander, dass auch der jeweils andere am liebsten eine eigene Praxis hätte. Solche Pläne sind in Klinikkreisen nichts, worüber man offen spricht. Beide halten sich lieber bedeckt, bis zum Abend im Chinarestaurant.

Dabei ist für Yim die Sache von Anfang an eindeutig: „Mir war von vornherein klar, dass ich in die ambulante Versorgung will." Zuvor wollte er „noch bisschen universitäre Luft schnappen". Bei Weiler lief es etwas anders: „Der Wunsch, Hausarzt zu werden, hat sich bei mir im Laufe des Klinikalltags ergeben", erzählt er. Kolleginnen und Kollegen, die den Weg aus der Klinik in die eigene Praxis gegangen sind, hätten davon geschwärmt. Dies habe bei ihm einen Prozess losgetreten, während dessen er sich dann irgendwann zwischen seinem bisherigen Herzensfach Kardiologie und dem hausärztlich tätigen Internisten entschieden habe.

An jenem Abend im Restaurant lösen Bier und Essen mutmaßlich die Zungen und die beiden Ärzte offenbaren sich gegenseitig ihren Niederlassungswunsch. Schnell steht für beide fest: Das machen wir zusammen.

Eine Einzelpraxis will keiner von beiden. Damit liegen sie im Trend, denn die Niederlassungswilligen streben eher eine Kooperation an. Wie Daten der KV Hessen zeigen, überwiegt zwar auch bei den unter 50-Jährigen noch das Modell der Einzelpraxis (50

Prozent), längst aber nicht mehr so stark wie bei den über 50-Jährigen (57 Prozent).

Yim hat zu diesem Zeitpunkt seine Facharztprüfung noch nicht abgelegt. Daher überlässt er die Suche nach einer geeigneten Praxis seinem Kollegen: „Such du mal eine Praxis. Ich vertrau dir ganz und folge dir“, gibt er ihm mit auf den Weg.

MIT KLARER STRUKTUR UND BAUCHGEFÜHL

Weiler geht das Ganze dann sehr gezielt und strukturiert an. Zunächst lässt er sich beraten: im Heilberufecenter der Sparkasse, im BeratungsCenter der KV Hessen in Gießen und bei der hauseigenen Steuerberatungsfirma der privatärztlichen Verrechnungsstelle Büdingen. Er will genau wissen, welche Punkte es beim Weg in die Selbstständigkeit zu beachten gibt. „Nachdem ich alle Termine hatte, habe ich im KV-BeratungsCenter in Gießen angefragt, welche Praxen in meiner Umgebung einen Nachfolger suchen. Das war im Frühjahr 2019“, berichtet er. Ausgestattet mit einer Liste macht er sich auf den Weg und führt Gespräche, das erste meist allein. Kommt es zu einem zweiten, nimmt er zur Unterstützung seine Frau mit. Sie ist Rechtsanwältin. „Das war letztlich eine Sondierung. Ich habe da viele tolle Gespräche erlebt und auch ein paar, die nicht so fruchtbar waren. Das waren schon so 15–20 verschiedene Praxen, aber letztendlich geht es ja auch um relativ viel.“ Fündig wird er schließlich in Butzbach in der Gemeinschaftspraxis des Ehepaares Dr. Doris und Dr. Günter Stein.

So pragmatisch und analytisch er die Suche auch angegangen ist – entscheidend ist am Ende etwas ganz anderes: „In der Praxis Stein hatte ich ein unglaublich gutes Bauchgefühl.“ Das sei für ihn der wichtigste Faktor gewesen, der zweite der Stil der Vorgänger. „Der dritte Punkt ist, wie eine Praxis rein wirtschaftlich dasteht, weil sich daraus ja letztendlich die Möglichkeiten ergeben, wie man so etwas weiterentwickeln kann.“

Im Laufe der Gespräche mit dem Ehepaar Stein bezieht er auch seinen Kompagnon Yim mit ein. Er muss erst mal gucken, wo das überhaupt liegt, schaut sich dann auch die Praxis an und ist ebenfalls überzeugt: „Das hat super gepasst. Wir haben bis heute immer noch ein sehr familiäres und freundschaftliches Verhältnis zur Familie Stein.“

Im Herbst 2019 steht die Übernahme fest. Weiler und die Steins wenden sich gemeinsam an die KVH und werden dann bei den ganzen Notwendigkeiten, die man im Kontext der Übernahme regeln muss, begleitet. Der Plan war, dass Helge Weiler zunächst beide Sitze übernimmt, Günter Stein noch eine Zeit lang als angestellter Arzt mitarbeitet und Dag-Hau Yim dann den zweiten Sitz übernimmt. Es finden Umbau- und Renovierungsmaßnahmen statt, viele Neuanschaffungen, wie zum Beispiel ein Ultra-

Zu den Personen

Dr. Helge Weiler (l.) wurde 1982 in Gießen geboren, absolvierte das Medizinstudium in Mainz, arbeitete danach drei Jahre in der Uniklinik Mainz, dann kurz im GPR Klinikum in Rüsselsheim. 2014 wechselte er ans Uniklinikum in Frankfurt und war dort bis zur Übernahme der Praxis in der Abteilung für Kardiologie angestellt, seine Schwerpunkte waren Intensivmedizin und interventionelle Kardiologie. Er wohnt in Bad Homburg.

Dr. Dag-Hau Yim (r.) ist Jahrgang 1985 und hat chinesische Wurzeln. Geboren und aufgewachsen ist er in Langen. In Frankfurt studierte er Medizin und absolvierte nach seiner Approbation 2014 an der dortigen Uniklinik seine Facharztausbildung. Nach deren Ende wechselte er im August 2020 zu seinem Kompagnon in die Praxis nach Butzbach. Er wohnt in Mörfelden-Walldorf. Lachend sagt er: „Ich habe den Sprung aus Hessen nie geschafft.“

Die Praxis Weiler/Yim in der Wetterau. Im Mittelbereich Butzbach gibt es 13 Hausärztinnen und Hausärzte über 50 Jahren und 12 unter 50 Jahre. In den meisten anderen Mittelbereichen überwiegt der Anteil der 50-Jährigen deutlich. In Frankfurt beispielsweise liegt er bei 373 zu 149.

schallgerät und Büromöbel, werden getätigt, die Praxis-EDV wird ausgetauscht.

CORONA VERHAGELT DIE PLÄNE

Dann kommt der 1. April 2020, der Start der neuen Praxis – und Deutschland steckt mitten im Lockdown. Für Weiler ein kleines Desaster. Er kämpft mit Existenzängsten. „Man spürt ganz erheblichen Druck, weil man ja nicht nur Verantwortung für sich, sondern auch für das Team hat." Für Yim läuft es nicht besser. Er bekommt keinen Termin für seine Facharztprüfung, denn diese werden wegen der Pandemie ausgesetzt: „Das hat sich so lange nach hinten gezogen. Ich habe ein halbes Jahr auf einen Prüfungstermin gewartet."

Die Praxis läuft dann doch gut an. Die Sorgen waren unbegründet. Und die Unterstützung des Vorgängers in dieser Zeit erweist sich als sehr hilfreich. „Das war der richtige Weg", sagt Weiler, „ich bin ihm sehr dankbar, dass das so geklappt hat."

Yim startet dann im Sommer zunächst als Sicherstellungsassistent, denn erst bei der nächsten Sitzung des Zulassungsausschusses kann dieser das Angestelltenverhältnis genehmigen. Ziel der beiden bleibt aber, dass sie gleichberechtigte Partner in einer BAG sein wollen. „Wir suchen aktuell mithilfe unseres Steuerberaters nach einer Lösung, wie wir das hinbekommen", so Weiler.

Ihr Fazit nach eineinhalb Jahren Niederlassung fällt durchweg positiv aus: „Ich glaube, das war für uns beide die absolut richtige Entscheidung", ist sich Weiler sicher, „es macht unglaublich viel Freude." Die Praxis sei in dieser Zeit gewachsen, man erlebe sehr viel Zuspruch von den Patientinnen und Patienten. Die Arbeitsbelastung sei vorher deutlich höher gewesen, sicher auch, weil sie jetzt bewusst mittwoch- und freitagnachmittags die Praxis geschlossen lassen. „Das gibt uns die Möglichkeit, Zeit mit den Kindern zu verbringen oder die Zeit für Fortbildungen zu nutzen", so Weiler. ■

Cornelia Kur

Infobox

Nur neun Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte in Hessen sind 39 Jahre und jünger. Weiler und Yim zählen zu dieser Gruppe.

Warum lassen sich so wenige Junge nieder?

Zum einen sicher, weil die Niederlassung im Medizinstudium so gut wie gar nicht vorkommt. Zum anderen, weil man bei einem drohenden Regress mit seinem Privatvermögen haftet (siehe Seite 6). Der wichtigste Faktor für sie ist aber die Überregulierung und Budgetierung im Gesundheitssystem: „Da gibt es ja das Bild des Feuerwehrmanns, der ein Haus löschen soll, und jetzt hat er drei Viertel gelöscht, aber das zugeteilte Wasser ist alle", sagt Weiler. „Was macht der dann?" Beide können sich gut vorstellen, sich berufspolitisch zu engagieren, um die Zukunft mitzugestalten. „Systembedingt gibt es so viele Herausforderungen, die auf uns zukommen werden. Da braucht es aus unserer Sicht für ganz viele Probleme kreative Lösungsansätze, daher können wir uns beide sehr gut vorstellen, in irgendeiner Form mitzuarbeiten", so Weiler.

Viel leichter und besser als gedacht

Dr. David Haas und Philip Nguyen praktizieren in einer BAG in Dornburg. Auf den PUNKT. hat sie 2019 in ihrer Praxis, einem restaurierten Bahnhof, besucht und nun nachgefragt, was sie zwei Jahre später über ihre Niederlassung denken.

Sie sind einige Jahre als junge Praxisinhaber niedergelassen. Wie fällt Ihre Bilanz aus?

Dr. David Haas: Insgesamt recht positiv. Die Work-Life-Balance ist weiterhin gut, auch wenn wir durch die Impfungen natürlich etwas mehr gearbeitet haben dieses Jahr.

Philip Nguyen: Mittlerweile bin ich seit Oktober auch schon zehn Jahre niedergelassen. Die Bilanz ist eindeutig positiv. Natürlich ärgert man sich über dieses und jenes, aber unterm Strich war es für mein Leben, also für das Berufs- und Familienleben, der richtige Schritt.

Welche Entscheidungen zur Zeit der Praxisübernahme waren richtig, was würden Sie mit dem Wissen von heute anders machen?

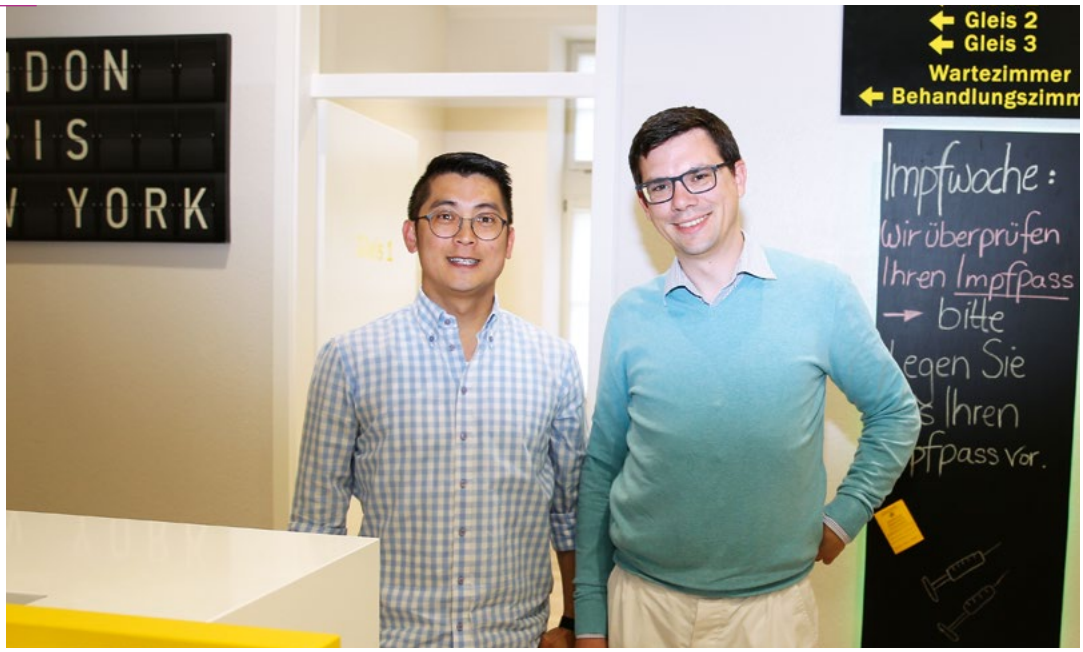
Haas: Ich würde mich jederzeit wieder niederlassen, auch auf jeden Fall wieder in einer Gemeinschaftspraxis. Ich wüsste aktuell nicht, was ich ändern würde.

Nguyen: Es war richtig, sich den Schritt in die Niederlassung zu trauen. Die Beratungsstelle in Wiesbaden hat uns sehr gut beraten und den Weg so gut wie möglich geebnet. Dennoch hätte ich mehr von den freiwilligen Angeboten der KV, zum Beispiel Kurse über Heilmittelverordnungen, Regresse, wirtschaftliches Verordnen und so weiter, annehmen sollen. Besonders in den Anfangsmonaten und -jahren hätten mir diese Kurse wichtige Informationen geben können. Einige Konflikte aufgrund Unwissenheit wären mir erspart geblieben.

Wie haben Sie sich im System als Vertragsärzte zurechtgefunden? Worin liegen die Herausforderungen, was macht Ärger?

Haas: Wir haben Glück, dass wir gute Mitarbeiter:innen haben, die uns bei der Abrechnung und Ähnlichem gut unterstützen. Dadurch fällt uns das System des Vertragsarztes natürlich leichter. Die Bürokratie gerade beim Testen, Impfen oder auch mit der Telematik ist jedoch belastend.

Nguyen: Ganz gut. Wie bereits gesagt, lagen die Herausforderungen in den bürokratischen, abrechnungstechnischen Unwissenheiten oder auch den Ungewissheiten. Wir sind zum Glück mit einem sehr guten Team ausgestattet, das uns in diesen Fragen sehr unterstützt. Die Beratungsstelle in Wiesbaden ist uns da auch eine große Hilfe, wenn auch sie nicht alles beantworten kann. Dann ist es etwas nervig, den richtigen Ansprechpartner zu finden. Aber an sich ist das System in meinen Augen in Ordnung.



Dr. David Haas (r.) und Philip Nguyen (l.) im Vorzimmer der Praxis. Auch bei der Raumbezeichnung wurde die Bahnhofsidee aufgegriffen. Gleis 1 und 2 sind die Sprechzimmer der beiden Ärzte, Gleis 3 wird von der Weiterbildungsassistentin genutzt.

Welche drei Dinge fallen Ihnen ein, die Ihnen an Ihrer Tätigkeit am besten gefallen?

Haas: Vor allem natürlich die Work-Life-Balance. Bei der Arbeit macht die Vielseitigkeit der Krankheitsbilder Spaß. Auch die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, was man in der Praxis machen kann oder will, finde ich gut. Wir haben beispielsweise ein neues Sonografiegerät, mit dem man tolle Bilder machen kann. Das macht die Arbeit interessanter.

„Bei uns klappen die Kartenlesegeräte mehrmals im Monat nicht. An diesen Tagen werde ich keine AUs ausstellen können." Dr. David Haas

Nguyen: Erstens die Freiheit, wie ich meine Patient:innen behandeln kann – natürlich im Korsett der KV, aber dennoch bleibt eine ausreichend breite fachliche Freiheit. Zweitens der familiäre Umgang mit den „Stammpatient:innen". Es ist schön, mit der Zeit ihr Vertrauen und auch ein Vertrauen in sie zu bekommen. Drittens, die Bandbreite an Erkrankungen ist sehr attraktiv. Das Klischee von einem Wartezimmer mit Rentner:innen, die nur aus Langeweile da sind, ist absolut falsch. Wir sehen und behandeln so viele Disziplinen.

Wie fühlen Sie sich durch die KV unterstützt?

Haas: Auch wenn wir schon mal bei einer Beratung waren, ist das Durchblicken der Abrechnung immer eine Herausforderung. Hier gäbe es sicher Möglichkeiten, dies einfacher zu gestalten.

Wir wollen eine Weiterbildungsassistentin anstellen. Auch hier war die Bürokratie im Hinblick auf Ärztekammer und KVH recht groß.

Nguyen: Die Unterstützung der KVH ist an sich ausreichend. Sie ist in der Regel da, wenn man sie braucht. Zumindest haben wir bislang keine größeren Probleme. Dass die Mühlen manchmal langsam mahlen und einiges umständlich ist, liegt wahrscheinlich an der Größe der Organisation (Stichwort: Weiterbildungsassistent:in).

Dass es immer weniger „Junge" gibt, die sich berufspolitisch engagieren, ist Fakt. Wie sehen Sie das? Ist das für Sie denkbar oder was hält Sie ab?

Haas: Ich denke, es macht Sinn, berufspolitisch eine breite Altersgruppe zu haben, die einen vertritt. Andererseits verstehe ich auch viele Junge mit Familie und kleinen Kindern, dass sie ihre Freizeit lieber mit diesen verbringen. Das ist auch bei mir so.

Nguyen: Ich bin an sich mit meinem Beruf und meiner Familie ausreichend ausgelastet. Ein berufspolitisches Engagement sehe ich für mich nicht.

Nr. 5 – Oktober 2021

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

info.service

Offizielle Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Abrechnung

Änderung Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä)
2 Vorläufig aufgenommene DiGA abrechnen

EBM aktuell
2 EBM-Änderungen seit 1. Juli 2021

Qualität

Qualitätssicherung
12 Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung um Screening auf Hepatitis B und Hepatitis C – Spezial-Labor

13 Für onkologisch qualifizierte Ärzt:innen: Industrieneutrale Pharmakotherapieberatung der KVH

14 Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom: Patient:innen können ärztliche Zweitmeinung zur empfohlenen Operation einholen

Sonstiges

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)
15 Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Änderung Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä)

Vorläufig aufgenommene DiGA abrechnen

Seit dem 01.08.2021 können Sie als Ärzt:in und Psychotherapeut:in die GOP 01470 auch für die Erstverordnung einer vorläufig im DiGA-Verzeichnis aufgenommenen digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) abrechnen. Das ist in der neuen Anlage 34 zum Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) geregelt.

Bereits seit dem 01.01.2021 können Sie die Erstverordnung einer dauerhaft im DiGA-Verzeichnis aufgenommenen DiGA über die GOP 01470 abrechnen.

Ob eine DiGA „dauerhaft oder vorläufig aufgenommen" wurde, können Sie dem DiGA-Verzeichnis für jede DiGA entnehmen: **https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis**

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz sind die DiGA als neuer Leistungsbereich in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt worden. DiGA sind Apps, die mit einem Smartphone oder Tablet genutzt werden können, aber auch webbasierte Anwendungen, die über einen Internetbrowser laufen. Neben Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln können Sie als Ärzt:in und Psychotherapeut:in auch DiGA verordnen.

Alle Informationen zur Abrechnung von DiGA finden Sie unter **www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/neu-im-ebm/januar-21/diga/** ■ TD

EBM aktuell

EBM-Änderungen seit 1. Juli 2021

Die weiteren EBM-Änderungen zum 01.07.2021 sind bereits in der vorherigen Ausgabe Nr. 4 / 2021 veröffentlicht.

Zweitmeinungsverfahren bei diabetischem Fußsyndrom

Seit dem 01.07.2021 können weitere Fachgruppen die GOP 01645 über den EBM vor einer planbaren Amputation bei diabetischem Fußsyndrom (DFS) abrechnen.

Sie als Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin können jetzt auch als Erstmeiner:in tätig werden. Sie klären Ihre Patient:innen als indikationsstellende Ärztin oder indikationsstellender Arzt über das Recht auf eine zweite ärztliche Meinung auf und rechnen hierfür die GOP 01645 ab. Sie kennzeichnen die GOP 01645 mit dem Suffix „D" (01645D) für die geplante Amputation bei DFS.

Die GOP 01645 beinhaltet die Aufklärung, Beratung und Zusammenstellung aller erforderlichen Unterlagen für den:die Patient:in, wenn ein geplanter Eingriff bevorsteht, bei dem die:der Patient:in ein Recht auf eine Zweitmeinung hat. Sie als indikationsstellende Ärztin oder indikationsstellender Arzt händigen zudem das Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aus.

Sie können die GOP 01645D einmal im Krankheitsfall abrechnen. Sie ist 8,34 Euro wert (75 Punkte); bundeseinheitlicher Punktwert 2021 11,1244 Cent.

Als Fachärztin oder Facharzt für innere Medizin und Angiologie, innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie und als Fachärztin oder Facharzt für Plastische, Re-

konstruktive und Ästhetische Chirurgie können Sie als Zweitmeiner:in tätig werden.

Sie benötigen eine Genehmigung der KVH, um als Zweitmeiner:in tätig zu werden. Alle relevanten Informationen zur Genehmigungspflicht erhalten Sie in dem Beitrag auf Seite 14 f.

Als Zweitmeiner:in kennzeichnen Sie die für die Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren durchgeführten und abgerechneten GOP im freien Begründungsfeld (Feldkennung 5009) mit 88200D.

Zweitmeinung per Videosprechstunde

Seit dem 01.07.2021 ist das Gespräch zwischen Patient:in und Zweitmeiner:in auch per Videosprechstunde möglich. Hierfür wurde die Zweitmeinungs-Richtlinie (Zm-RL) angepasst. Bislang erfolgte die Zweitmeinung in einem persönlichen Gespräch zwischen Ärzt:in und Patient:in.

Erfolgt die Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde, können Sie Ihre arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale neben den GOP 01444 und 01450 abrechnen. Es gelten die gleichen Abrechnungsbestimmungen, wie sie für die Abrechnung der Videosprechstunde außerhalb des Zweitmeinungsverfahrens vorgegeben sind.

Um die GOP 01444 und 01450 abrechnen zu können, melden Sie der KVH Ihren zertifizierten Videodienstanbieter über das Formular „zertifizierten Videodienstanbieter melden".

Sie finden alles rund um die Videosprechstunde ganz einfach auf unserer Homepage: **www.kvhessen.de/videosprechstunde**

Telekonsilien angepasst

Seit dem 01.07.2021 können Sie als Ärzt:in und Psychotherapeut:in die GOP 01671 einmal und die 01672 bis zu dreimal im Arztgruppenfall abrechnen. Davor ging das jeweils im Behandlungsfall. Das hat der erweitere Bewertungsausschuss (eBA) in seiner 73. Sitzung beschlossen.

Die GOP 01671 rechnen Sie für die telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung ab. Bei zeitaufwendigeren telekonsiliarischen Beurteilungen können Sie die GOP 01672 als Zuschlag zur GOP 01671 abrechnen.

Der eBA hat die Bestimmung zur GOP 01671 und 01672 geändert, um die Regelungen für im Krankenhaus tätige Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen im Vergleich zu Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen anzugleichen.

Als Ärzt:in und Psychotherapeut:in können Sie bereits seit dem 01.10.2020 bei unterschiedlichen fachlichen Fragestellungen mit ambulant oder stationär tätigen Kolleg:innen ein Telekonsilium durchführen. Dafür können Sie die GOP 01670, 01671 und 01672 abrechnen. Alle Informationen zu Telekonsilien hat die KVH verständlich auf der Homepage aufbereitet: **https://www.kvhessen.de/telekonsilien**

Substitution: Behandlung mit Depotpräparat Buvidal® verlängert

Sie als Ärzt:in können bis mindestens 30.09.2021 die substitutionsgestützte Behandlung mit dem Buprenorphin-Depotpräparat (Buvidal®) über die GOP 01953 aus Abschnitt 1.8 EBM abrechnen. Die Regelung wurde erneut verlängert. Die GOP aus dem Abschnitt 1.8 EBM können Sie nur dann abrechnen, wenn Sie eine Genehmigung der KVH haben und die Bestimmungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung erfüllen.

Kryokonservierung von Ei- und Samenzellen abrechnen

Seit dem 01.07.2021 können Sie als Ärzt:in neue Leistungen für die Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen einer keimzellschädigenden Therapie abrechnen. Dazu wurden die neuen Abschnitte 8.6 und 40.12 in den EBM aufgenommen.

Die GOP des Abschnitts 8.6 können Sie nur bei Patient:innen abrechnen, die gemäß § 2 der Richtlinie zur Kryokonservierung (Kryo-RL) anspruchsberechtigt sind. Der Anspruch besteht für weibliche Patienten bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres und für männliche Patienten bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres.

Patient:innen haben Anspruch auf die Leistungen, sofern die Kryokonservierung aufgrund einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint, um spätere medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft vornehmen zu können.

Dazu zählen insbesondere
- operative Entfernung der Keimdrüsen,
- eine Strahlentherapie mit zu erwartender Schädigung der Keimdrüsen oder
- eine potenziell fertilitätsschädigende Medikation.

Ob die Voraussetzungen erfüllt sind, stellen Sie als die:der die Grunderkrankung diagnostizierende oder behandelnde Fachärzt:in fest und Sie stellen dazu eine ärztliche Bescheinigung (Erstberatung) entsprechend § 4 Satz 2 Nr. 1 Kryo-RL aus.

Die erforderlichen Begleitleistungen im Rahmen der Kryokonservierung nach den GOP 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08575, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 32575, 32614, 32618, 32660, 32781, 33043, 33044, 33064, 33090, 36272, 36503 und 36822 kennzeichnen Sie in Ihrer Abrechnung mit dem Suffix „K".

Für bestimmte Begleitleistungen benötigen Sie als Ärzt:in eine Abrechnungsgenehmigung der KVH:

- für die GOP 31272: Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) ambulantes Operieren
- für die GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781: Genehmigung nach der QSV Speziallabor
- für die GOP 33043, 33044, 33064 und 33090: Genehmigung nach der QSV Ultraschalldiagnostik

Informationen zur Genehmigungspflicht finden Sie unter **www.kvhessen.de/genehmigung/**. Besitzen Sie bereits eine Genehmigung für diese Leistungen, müssen Sie keinen erneuten Antrag stellen.

Für Patient:innen, die aufgrund einer Behandlung mit keimzellschädigender Therapie ihre Ei- oder Samenzellen oder männliches Keimzellgewebe auf eigene Kosten bereits haben kryokonservieren lassen oder mit Maßnahmen zur Kryokonservierung begonnen haben, besteht seit dem 01.07.2021 Anspruch auf die Leistungen nach der Kryo-RL. Die:Der Ärzt:in, die:der die Maßnahmen zur Kryokonservierung im Sinne der Kryo-RL durchgeführt hat, informiert hierüber die Patientin oder den Patienten. Sofern der Patientin oder dem Patienten bereits Kosten in Rechnung gestellt wurden, sind diese vom Leistungserbringer zurückzuerstatten (§ 3 Anlage 35 BMV-Ä).

Als Ärzt:in können Sie die ärztliche Beratung zur Kryokonservierung nach den neuen GOP 08619 (Beratung Kryo-RL), 08621 (Reproduktionsmedizinische Beratung gemäß Kryo-RL) und 08623 (Andrologische Beratung gemäß Kryo-RL) im EBM abrechnen.

Sie können die GOP 08619, 08621 und 08623 auch im Rahmen einer Videosprechstunde erbringen. Dann kennzeichnen Sie in der Abrechnung die GOP mit dem Suffix „V" (08619V, 08621V und 08623V). Für die Abrechnung der Videosprechstunde benötigen Sie zudem einen zertifizierten Videodienstanbieter. Alle weiteren Informationen zur Videosprechstunde finden Sie verständlich aufbereitet unter **www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/videosprechstunde/**

Beratungsleistungen			
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
08619	Erstberatung gemäß § 4 Satz 2 Nr. 1 Kryo-RL (für alle Fachgruppen mit Ausnahme der Kapitel 11, 12, 19, 22, 23, 24 und 27)	einmal im Krankheitsfall	10,01 Euro* (90 Punkte)
08621	Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen gemäß § 4 Satz 2 Nr. 2 Kryo-RL	je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal im Krankheitsfall, mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Krankheitsfall	14,24 Euro* (128 Punkte)
08623	Andrologische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen gemäß § 4 Satz 2 Nr. 2 Kryo-RL	einmal im Krankheitsfall	10,01 Euro* (90 Punkte)

* Gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Die GOP 08619 für die Erstberatung können Sie als die:der die Grunderkrankung diagnostizierende:r oder behandelnde:r Hausärzt:in, Kinder- und Jugendärzt:in oder Fachärzt:in abrechnen. Die GOP 08619 beinhaltet:

- Beratung zu den mit der Behandlung der Grunderkrankung verbundenen Risiken für Keimzellschädigung unter Berücksichtigung der individuellen Prognose
- Erstinformation über Möglichkeit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung
- Indikationsstellung zur reproduktionsmedizinischen (und gegebenenfalls andrologischen) Beratung
- Ausstellung einer Bescheinigung zur Vorlage bei der reproduktionsmedizinischen (und gegebenenfalls andrologischen) Beratung gemäß § 4 Satz 2 Nr. 1 Kryo-RL

Die fachliche reproduktionsmedizinische Beratung nach der GOP 08621 umfasst:

- Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung bezüglich der Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen
- Indikationsprüfung zur Kryokonservierung

Die gegebenenfalls erforderliche andrologische Beratung nach der GOP 08623 rechnen Sie ab für:

- Andrologische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen
- Indikationsprüfung zur Kryokonservierung

Die mit der Kryokonservierung in Zusammenhang stehenden medizinischen Maßnahmen umfassen die Behandlungen zur Gewinnung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe, deren Aufbereitung sowie die Vorgänge des Einfrierens und Auftauens zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA.

Die Leistungen für die Behandlung zur Gewinnung von Ei- oder Samenzellen nach den GOP 08635 und 08637 bis 08640 werden fast inhalts- und bewertungsgleich aus dem Abschnitt 8.5 (Reproduktionsmedizin) in den neuen Abschnitt 8.6 gespiegelt:

Therapeutische Leistungen			
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
08635	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL Die GOP 08635 ist im Zyklusfall nicht neben den GOP des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den GOP 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.	einmal im Zyklusfall, mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklusfall	221,49 Euro* (1991 Punkte)
08637	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL		40,60 Euro* (365 Punkte)
08638	Zuschlag zur GOP 08637 bei ambulanter Durchführung der Follikelpunktion		49,73 Euro* (447 Punkte)
08639	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion entsprechend der GOP 08637 gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL		17,47 Euro* (157 Punkte)
08640	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas zur Kryokonservierung, einschl. Spermiogramm zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 3 Kryo-RL		18,69 Euro* (168 Punkte)
08641	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 3 Kryo-RL	je Material, höchstens achtmal	26,92 Euro* (242 Punkte)
08648	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	je Material, höchstens achtmal	33,37 Euro* (300 Punkte)

* Gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Als Gynäkolog:in rechnen Sie die Stimulationsbehandlung von Eizellen neu über die GOP 08635 ab. Die GOP 08635 können Sie einmal im Zyklusfall, mit medizinischer Begründung bis zu dreimal im Zyklusfall abrechnen.

In der GOP 08635 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Gynäkologen oder der behandelnden Gynäkologin und alle von Ihnen in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach § 5 Absatz 2 Nr. 1 und Nr. 3 Kryo-RL (Laboruntersuchungen Anti-HIV-1,2, HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV-Ab sowie Maßnahmen im Zusammenhang mit Samenzellen) und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel. Die GOP 08635 und deren Leistungsbestandteile können nur von einer:einem Ärzt:in abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzt:innen in die Behandlung eingebunden sind.

Führen Sie als Gynäkolog:in eine ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion durch, können Sie neu die GOP 08637 abrechnen. Bei ambulanter Durchführung der Follikelpunktion können Sie den Zuschlag nach der GOP 08638 abrechnen. Für die Beobachtung und Betreuung einer Patientin, bei der ein intravenöser Zugang (i.v.-Zugang) angelegt ist, am Tag der Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme, können Sie je nach Dauer der Betreuung neu die GOP 01510 bis 01512 abrechnen. Der obligate Leistungsinhalt wird entsprechend ergänzt.

Für die Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien können Sie als Gynäkolog:in die neue GOP 08639 abrechnen. Die Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas wird für Sie als Ärzt:in über die neue GOP 08640 abgebildet.

Neu aufgenommen wird zudem die Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion vor Kryokonservierung nach der GOP 08641 sowie die Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion nach Kryokonservierung nach der GOP 08648. Beide GOP können Sie als Ärzt:in jeweils je Material bis zu achtmal abrechnen.

Die Leistungen im Zusammenhang mit dem Einfrieren und Auftauen von Ei- und Samenzellen können Sie als Ärzt:in neu nach den GOP 08644 bis 08647 im EBM abrechnen. Konkret können Sie für das Einfrieren von Eizellen die GOP 08644 und für das Einfrieren von Samenzellen die GOP 08645 abrechnen. Tauen Sie die Eizellen auf, können Sie die GOP 08646 abrechnen. Für das Auftauen von Samenzellen können Sie die neue GOP 08647 abrechnen.

Leistungen für das Einfrieren und Auftauen		
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Bewertung**
08644	Aufbereiten und Einfrieren von der/den Eizelle(n) gemäß § 5 Kryo-RL	145,95 Euro* (1312 Punkte)
08645	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Keimzellgewebe gemäß § 5 Kryo-RL	109,80 Euro* (987 Punkte)
08646	Auftauen und Aufbereiten von der/den Eizelle(n) gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	64,97 Euro* (584 Punkte)
08647	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder Keimzellgewebe gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	42,72 Euro* (384 Punkte)

* Gemäß bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Die Sachkosten für die Lagerung des Materials können Sie als Ärzt:in über die Kostenpauschalen 40700 (Kostenpauschale für Lagerung) und 40701 (Zuschlag für die Lagerung unter Quarantänebedingungen) im neuen Abschnitt 40.12 EBM abrechnen:

Leistungen für das Einfrieren und Auftauen			
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Häufigkeit**	**Bewertung**
40700	Kostenpauschale für Lagerung gemäß Kryo-RL	einmal im Behandlungsfall	68,00 Euro
40701	Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen	einmal im Behandlungsfall	10,00 Euro

Die Kostenpauschale 40700 können Sie als Ärzt:in für jedes Quartal abrechnen, in dem die Lagerung erfolgt, unabhängig davon, ob Sie in diesem Quartal weitere ärztliche Leistungen abrechnen.

Die Kostenpauschale 40701 können Sie nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes oder im Einzelfall unter Angabe einer Begründung auch bereits bis zum Vorliegen eines entsprechenden Befundes abrechnen.

Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den GOP enthalten.

Die Lagerung nach der Kryo-RL regelt Anlage 35 BMV-Ä:

Finden bei der Einlagerung für viele Jahre keine Arzt-Patienten-Kontakte statt, können Sie als Ärzt:in die für die Abrechnung der GOP 40700 und 40701 notwendigen Versichertendaten aus ihrer Patientendatei aus vorherigen Quartalen in Ihr Praxisverwaltungssystem (PVS) übernehmen:

- Die:Der Patient:in informiert die:den Ärzt:in über: Namens- oder Adressänderungen, Wechsel der Krankenkasse bzw. Austritt sowie Änderung der Versichertenart.
- Bei Übernahme einer Vertragsarztpraxis kann die: der übernehmende Ärzt:in mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten die Lagerung fortführen und abrechnen.
- Klargestellt: Fällt der gesetzliche Anspruch für die Lagerung nach der Kryo-RL weg, kann auf Wunsch der Patientin oder des Patienten eine Fortführung auf Basis einer vertraglichen Regelung stattfinden.

Sie als Ärzt:innen können Transport, Kryokonservierung und Lagerung auch im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen erbringen, wenn die Anforderungen nach § 6 Kryo-RL erfüllt werden.

Kooperieren Sie als Ärzt:innen für die Lagerung gemäß Kryo-RL mit einer Lagerungseinrichtung, dokumentieren Sie die Erfüllung der einschlägigen Anforderungen und weisen sie auf Verlangen der KVH nach.

Für die Transportkosten wurden keine eigenen Kostenpauschalen, sondern eine Bestimmung in die Präambel 40.12 EBM aufgenommen, die eine gesonderte Abrechnung der Kosten für den Transport gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM ermöglicht.

Die GOP 08621, 08623, 08635, 08637 bis 08641 und 08644 bis 08648 können Sie als Vertragsärzt:innen, ermächtigte Ärzt:innen und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen abrechnen, welche die jeweiligen Vorgaben gemäß § 6 Kryo-RL erfüllen:

a. Die:Der Leiter:in der Praxis oder Einrichtung muss Fachärzt:in für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sein und über die Schwerpunktbezeichnung „Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin" verfügen.

b. In der Praxis oder Einrichtung müssen die folgenden Kenntnisse und Erfahrungen vorhanden sein:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie
- bei der Behandlung männlicher Patienten zusätzlich Andrologie

Von diesen Bereichen können jeweils nur zwei gleichzeitig von einem:einer Ärzt:in oder einem:einer Wissenschaftler:in der Praxis oder Einrichtung verantwortlich geführt werden. Die regelmäßige Kooperation mit einem:einer Humangenetiker:in und einem:einer Psychotherapeut:in muss gewährleistet sein.

Bei männlichen Versicherten können Sie die GOP 08621 und 08623, 08640, 08641, 08645, 08647 und 08648 auch als Fachärzt:in mit Zusatzweiterbildung Andrologie abrechnen, wenn Sie die jeweils erforderlichen Maßnahmen nach § 5 Absatz 2 Nr. 3 Kryo-RL im Zusammenhang mit der Gewinnung von Samenzellen und der Entnahme von Keimzellgewebe anbieten. Die GOP werden in die Kapitel 10 (Dermatologie), 13 (Innere Medizin) und 26 (Urologie) aufgenommen.

Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom neu aufgenommen

Damit Sie als Ärzt:in zusammen mit Ihren Patient:innen die Entscheidung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie bei primärem Mammakarzinom besser treffen können, wurden zum 01.07.2021 drei neue biomarkerbasierte Tests in den Abschnitt 19.4.5 im EBM aufgenommen.

Mit den Tests EndoPredict®, MammaPrint® und Prosigna® stehen Ihnen als Ärzt:innen mit dem bereits seit 2019 zugelassenen Test OncotypeDX® seit dem 01.07.2021 insgesamt vier verschiedene Verfahren zur Verfügung.

Sie als Ärzt:in können die GOP für die biomarkerbasierten Tests nur bei Patient:innen mit einem primären Hormonrezeptor-positiven, HER2/neu-negativen, nodal-negativen und nicht metastasierten Mammakarzinom abrechnen. Vorausgesetzt es kann nicht anhand der klinischen und pathologischen Kriterien allein eindeutig die Empfehlung für oder gegen eine adjuvante systemische Chemotherapie getroffen werden.

Neue biomarkerbasierte Tests		
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Bewertung**
19503	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL Einmal im Krankheitsfall Nicht neben der GOP 19501, 19502, 19504 und 19505	1.699,80 Euro* (15280 Punkte)
19504	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL Einmal im Krankheitsfall Nicht neben 19501 bis 19503 und 19505	2.100,29 Euro* (18880 Punkte)
19505	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL Einmal im Krankheitsfall Nicht neben GOP 19501 bis 19504	2.100,29 Euro* (18880 Punkte)

* Nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Neben den Biomarkertests können Sie als Patholog:in zusätzlich die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen nach der GOP 19402 (416 Punkte/ 46,28 Euro) im EBM-Abschnitt 19.4.1 abrechnen.

Mit dem Beschluss wurde klargestellt, dass die Aufarbeitung einer Gewebeprobe nach der GOP 19501 (552 Punkte/61,41 Euro) ausschließlich in Zusammenhang mit der Veranlassung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® nach der GOP 19502 (3.296,50 Euro) abgerechnet werden kann.

Die Übergangsregelung im § 25 Absatz 2 Nummer 3 BMV-Ärzte – zur Durchführung eines biomarkerbasierten Tests unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® in den USA – läuft am 31.12.2021 aus. In einer Protokollnotiz zum Beschluss wurde vereinbart, spätestens bis zum 01.01.2022 zur zukünftigen Abbildung des biomarkerbasierten Tests Oncotype DX® im EBM zu beschließen.

Zu den Fachgruppen, die die Test-Aufklärung durchführen dürfen, gehören Gynäkolog:innen mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, Fachärzt:innen für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie sowie Internist:innen oder Gynäkolog:innen mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung „Medikamentöse Tumortherapie". Bei Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung können auch Angehörige anderer Fachgruppen die Aufklärung übernehmen.

Hierfür nutzen Sie als Ärzt:in das vom G-BA veröffentlichte Merkblatt zum „Biomarkerbasierten Test beim frühen Brustkrebs". Darin werden Fragen beantwortet wie: Worum geht es bei der Entscheidung? Wie wird das Rückfallrisiko ohne den Biomarker-Test bestimmt? Welche Zusatzinformationen liefert der Biomarker-Test? Sorgt der Biomarker-Test für eine klare Empfehlung?

Brachytherapie beim Prostatakarzinom abrechnen

Seit dem 01.07.2021 können Sie als Fachärzt:in für Strahlentherapie oder Fachärzt:in für Urologie die Low-Dose-Rate (LDR) Brachytherapie zur Behandlung eines Niedrig-Risiko-Prostatakrebs sowie die Postimplantationskontrolle und Nachplanung abrechnen.

Die beiden neuen GOP 25335 und 25336 wurden in den Abschnitt 25.3.3 im Kapitel 25 Strahlentherapie im EBM aufgenommen.

Leistungen LDR-Brachytherapie		
GOP	**Kurzbezeichnung**	**Bewertung**
25335	Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom gemäß Nr. 35 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) Obligater Leistungsinhalt · Interstitielle Brachytherapie im LDR- Verfahren · Bestrahlungsplanung(en) · Information über die Notwendigkeit der Durchführung der Untersuchungen zur Postimplantationskontrolle Einmal im Krankheitsfall, mit ausführlicher medizinischer Begründung zweimal im Krankheitsfall	938,01 Euro* (8432 Punkte)
25336	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom gemäß Nr. 35 der Anlage I der MVV-RL Einmal im Krankheitsfall, mit ausführlicher medizinischer Begründung zweimal im Krankheitsfall	112,02 Euro* (1007 Punkte)

* Nach bundeseinheitlichem Orientierungspunktwert 2021 (11,1244 ct).

Voraussetzung für die Durchführung der interstitiellen LDR-Brachytherapie ist das Vorliegen eines lokal begrenzten, stanzbioptisch oder histologisch gesicherten Adenokarzinoms der Prostata mit niedrigem Risikoprofil, definiert als: PSA ≤ 10 ng/ml, Gleason 6, WHO-Grad 1 und cT-Kategorie 1c oder 2a. Den ICD-Kode dazu geben Sie als Ärzt:innen wie gewohnt in der Abrechnung an.

Sie als abrechnende Strahlentherapeutin oder abrechnender Strahlentherapeut oder Urolog:in bestätigen mit Ihrer Quartalserklärung ab dem Abrechnungsquartal 3/2021, dass Sie bei der Mitwirkung mehrerer Ärzt:innen an der Durchführung der Leistung nach GOP 25335 eine Vereinbarung mit den anderen Ärzt:innen getroffen haben, wonach nur Sie allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnen.

Die Sachkosten für die Seeds (implantierte Strahlenquellen) und Implantationsnadeln, die im Rahmen der LDR-Brachytherapie nach GOP 25335 verwendet werden, sind nicht in der Leistung enthalten und über die Sachkosten im EBM abrechenbar. Es wird davon ausgegangen, dass Sie als Ärzt:innen die Sachkosten direkt mit den Krankenkassen abrechnen.

Sie als Strahlentherapeut:in oder Urolog:in können die neuen GOP 25335 und 25336 abrechnen, wenn Sie über die für die LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde verfügen und einen Antrag auf Genehmigung der GOP 25335 und 25336 bei der KVH stellen.

Für die Aufklärung über die Brachytherapie nutzen Sie die vom G-BA erstellte Patienteninformation „Brachytherapie bei Niedrig-Risiko-Prostatakrebs".

Diese Patienteninformation über die Vor- und Nachteile der Brachytherapie im Vergleich zu anderen Behandlungsmöglichkeiten können Sie über die KVH bestellen. Dazu senden Sie eine E-Mail mit Angabe Ihrer BSNR an **mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de**.

Weitere Informationen zum Bestellservice und eine Verlinkung zur Online-Version der Patienteninformation finden Sie unter **www.kvhessen.de/praxismanagement/praxismaterial-bestellen/patienteninformation-brachytherapie/**

Detailänderungen 3/2021

Seit dem 01.07.2021 gibt es im EBM eine weitere Detailänderung:

> Klargestellt wurde, dass Sie als Strahlentherapeut:in die Bestrahlungsplanung nach GOP 25342 abrechnen können, wenn zuvor ein Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT im vertragsärztlichen oder auch im stationären Bereich erbracht wurde. Dies wurde in der ersten Anmerkung zur GOP 25342 angepasst.
>
> ■ EBM-FR

Praxistipp:

Zu allen EBM-Änderungen finden Sie aktuelle und weiterführende Informationen unter

www.kvhessen.de/abrechnung-ebm/aenderungen-am-ebm/

Reinschauen lohnt sich!

Infobox

Qualitätssicherung

Erweiterung der Gesundheitsuntersuchung um Screening auf Hepatitis B und Hepatitis C – Spezial-Labor

Die Änderung der Gesundheitsuntersuchungs (GU)-Richtlinie um die „Einführung eines Screenings auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Virusinfektion" ist am 12. Februar 2021 durch einen Beschluss des G-BA in Kraft getreten.

Versicherte ab dem vollendeten 35. Lebensjahr haben zukünftig bei einer Gesundheitsuntersuchung Anspruch auf ein einmaliges Screening auf solche Infektionen. Seit dem 01.10.2021 ist die EBM-Änderung hierzu in Kraft getreten, sodass die entsprechenden Leistungen seit Oktober erbracht und abgerechnet werden können. Aber auch für Versicherte, die in den letzten drei Jahren vor Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses eine Gesundheitsuntersuchung erhalten haben, ist im Rahmen einer Übergangsregelung die Möglichkeit einer separaten Durchführung des Screenings auf Hepatitis B und Hepatitis C möglich.

Für solche Screenings sind Laborleistungen erforderlich. Zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen ist eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Spezial-Labor notwendig, die bei der KVH beantragt und nach Nachweis der fachlichen Befähigung sowie Erfüllung der Anforderungen an die Einrichtung genehmigt werden muss.

Nähere Informationen finden Sie unter
www.kvhessen.de/genehmigung/labormedizin

KR

Bei Fragen zu den Laborleistungen im Rahmen des Screenings helfen wir Ihnen gern weiter:
T. 069 24741-6673/-6094
E. qs.fb1.8@kvhessen.de

Hätten Sie's gewusst?

Fast 3,2 Mio.

hessische GKV-Versicherte sind 35 Jahre und älter! Das sind 51 % der hessischen Bevölkerung.

19.844 Patient:innen wurden 2020 mit einer chronischen Virushepatitis-B- oder -C-Erkrankung in Hessen behandelt. Das entspricht einem leichten Rückgang von 2,5 % gegenüber 2019.

2020 wurden insgesamt 17.157 Impfungen gegen Hepatitis B abgerechnet: 55 % davon entfallen auf die Standardimpfung, 45 % auf Indikationsimpfungen, berufliche oder Reiseindikationen sowie auf Dialysepatient:innen.

Qualitätssicherung

Für onkologisch qualifizierte Ärzt:innen: Industrieneutrale Pharmakotherapieberatung der KVH

Im Zusammenhang mit der Coronapandemie gibt es gesetzliche Sonderregelungen, die onkologisch qualifizierte Ärzt:innen nach der Onkologie-Vereinbarung (OV) betreffen. So mussten diese beispielsweise 2020 weniger Fortbildungen nachweisen, als die bisherigen Regularien außerhalb der Pandemie vorsehen.

Dies betrifft auch die industrieneutrale Pharmakotherapieberatung, an welcher zu Zeiten der Pandemie nur ein Mal statt üblicherweise zwei Mal teilgenommen werden muss.

Aber auch die Möglichkeit, diese Beratung im Rahmen der Angebote von Krankenkassen zu durchlaufen, ist aufgrund einer Änderung in § 7 der Anlage 7 des Bundesmantelvertrags – Ärzte (BMV-Ä) nicht mehr gegeben. Dies gilt seit November 2020 grundsätzlich und ist nicht der Coronapandemie geschuldet.

Da es sehr wenige tatsächlich industrieneutrale Angebote für onkologisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in Hessen gibt, hat sich die KVH in ihrem Fortbildungsprogramm entschlossen, die industrieneutrale Pharmakotherapieberatung ab 2021 selbst anzubieten.

Unter der Leitung fachärztlicher und pharmakologischer Spezialist:innen im Bereich der Onkologie fand im Juli 2021 die erste Fortbildungsveranstaltung via Web-Konferenz statt. Sie erfreute sich mit circa 140 Teilnehmenden direkt großen Interesses und guter Resonanz. Die nächste Fortbildungsveranstaltung „Industrieneutrale Pharmakotherapieberatung“ mit verschiedenen fachkundigen Expert:innen und interessanten Beiträgen ist bereits in Planung. Ziel der KVH ist es, dieses Angebot auch für die kommenden Jahre sicherzustellen.

■ aa/Ba

Bei Fragen zur Fortbildung „Industrieneutrale Pharmakotherapieberatung“ oder zu den Voraussetzungen, um eine Genehmigung als onkologisch qualifizierte:r Ärztin oder Arzt zu erhalten, helfen wir Ihnen gern weiter:

Fortbildung:
T. 069 24741-6592

Onkologisch qualifizierte Ärztin oder onkologisch qualifizierter Arzt
T. 069 24741-6584
E. qs.fb1.6@kvhessen.de

Infobox

Was ist eine onkologisch qualifizierte Ärztin oder ein onkologisch qualifizierter Arzt?

Nach der OV ist eine onkologisch qualifizierte Ärztin oder ein onkologisch qualifizierter Arzt die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt, die oder der die ambulante Behandlung nicht nur ganz oder teilweise selbst durchführt, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend eines einheitlichen Therapieplans leitet und mit den durch Überweisung hinzugezogenen Ärzt:innen koordiniert. Durch diesen Austausch wird eine qualifizierte ambulante Behandlung krebskranker Patient:innen in der vertragsärztlichen Versorgung gefördert und letztendlich mit dieser eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt.

Durch die für diese Aufgabe erforderlichen besonderen Voraussetzungen sind in der OV bestimmte Regelungen für die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte festgelegt. Weitere Informationen finden Interessierte unter:

www.kvhessen/genehmigung/

Qualitätssicherung

Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom: Patient:innen können ärztliche Zweitmeinung zur empfohlenen Operation einholen

Patient:innen mit Diabetischem Fußsyndrom können sich seit 01. Juli 2021 vor einer Amputation an den unteren Extremitäten eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen. Hierbei überprüft eine qualifizierte Zweitmeinerin oder ein qualifizierter Zweitmeiner die medizinische Notwendigkeit des geplanten Eingriffs und berät zu konservativen und weniger invasiven Behandlungsmöglichkeiten.

Unterstützung einer informierten Entscheidungsfindung für oder gegen eine Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom

Bei Patient:innen mit Diabetes Mellitus kann es aufgrund von Schäden an den kleinen Blutgefäßen und Nerven der Füße zu einem Diabetischen Fußsyndrom kommen. Das Diabetische Fußsyndrom ist durch eine schlecht heilende Wunde am Fuß gekennzeichnet, die im höheren Stadium bis auf die Ebene der Knochen reichen kann. Eine Behandlungsstrategie ist die Amputation an der unteren Extremität bis unterhalb der Knöchelregion oder oberhalb der Knöchelregion. Zu den alternativen Vorgehensweisen gehören die chirurgische Reinigung der Wunde, die Druckentlastung, die Behandlung von Infektionen und die Durchblutungsförderung.

Zweitmeinungsgebende Fachärzt:innen

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen zu einer Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom abzurechnen, können Fachärzt:innen folgender Fachrichtungen bei der KVH beantragen:

- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Gefäßchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Allgemeinchirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Angehörige folgender nicht ärztlicher Fachberufe können gemäß dem allgemeinen Teil der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren § 8 Absatz 3 zur Beratung hinzugezogen werden:

1. Podolog:in oder medizinische:r Fußpfleger:in,
2. Orthopädieschuhmacher:in,
3. Orthopädietechnik-Mechaniker:in oder Orthopädiemechaniker:in und Bandagist:innen.

Als besonders qualifiziert im Sinne der Richtlinie gelten Fachärzt:innen, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung pro Jahr durchschnittlich 30 Patient:innen mit diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt haben. Ein entsprechender Nachweis ist bei Antragstellung beizufügen. Fachärzt:innen, die bereits eine Genehmigung für DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit Fußambulanz oder eine Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311) besitzen, müssen keinen gesonderten Nachweis einreichen.

260 Patient:innen wurden im ersten Quartal 2021 über die Möglichkeit eines Zweitmeinungsverfahrens bei Gebärmutterentfernungen oder Mandel-, Schulter- und Kniegelenksoperationen aufgeklärt.

Fachärzt:innen der Fachgruppen Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie haben eine Kooperation mit Fachärzt:innen der Fachgruppen Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie/Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie

oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zu erklären. Dies gilt entsprechend auch in umgekehrter Weise.

Das neue Zweitmeinungsverfahren zielt darauf ab, eine informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten bei der Auswahl weniger invasiver oder konservativer Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen und eine medizinisch nicht gebotene Amputation zu vermeiden.

Alle relevanten Informationen zur Abrechnung der Zweitmeinung finden Sie auf Seite 3.

Rc

Für Ihre Fragen steht Ihnen das Team Qualitätssicherung Team 2 gern zur Verfügung.
T. 069 24741-6687
F. 069 24741-68687
E. zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren

Dr. med. Hubert Bölkow, Hospital zum Hl. Geist, Am Hospital 6, 34560 Fritzlar, gibt seine durchgangsärztliche Tätigkeit zum 15.07.2021 auf.

Thomas Deck ist seit dem 01.07.2021 als niedergelassener Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort des **Medizinischen Versorgungszentrums am Gesundheitszentrum, Odenwaldkreis Albert-Schweitzer-Str. 8 in 64711 Erbach** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Oliver Krismann ist ab sofort als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Standort **Gelenk- und Fußchirurgie Mittelhessen, Berufsausübungsgemeinschaft, Siemensstr. 12 a, 35447 Reiskirchen** am Durchgangsarztverfahren beteiligt.

Cosmin-Corneliu Pop, Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, wird für **Thomas Deck** als ständiger Vertreter im Durchgangsarztverfahren anerkannt.

DGUV

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt

Was braucht es aus Ihrer Sicht, um die Niederlassung attraktiver zu machen und damit die ambulante Versorgung auch in Zukunft sichern zu können?

Haas: Bessere Information ist das Wichtigste, denke ich. Die Niederlassung ist einfacher und unkomplizierter, als man meinen könnte. Auch das Arbeiten als Hausarzt macht Spaß und alles in allem ist die Bürokratie überschaubar. Wenn man sich an die Regeln hält und sich entsprechend informiert, ist auch die Regressgefahr überschaubar. Dies ist den jungen Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus meist gar nicht so bewusst. Die kennen „nur Krankenhaus". Ich denke, durch ein Pflichttertial im Hausarztbereich während des PJ kann man hier schon gut für die Zukunft vorbauen.

Nguyen: Die Veränderungen, die ich seit meiner Niederlassung 2011 erfahren habe, haben den Beruf als Hausarzt deutlich attraktiver gemacht (Stichwort: Reform des ÄBD, Beratung vor Regress, Honorarentwicklung).

Sie haben drei Wünsche an Herrn Spahn oder seine(n) Nachfolger(in) frei. Was wünschen Sie sich?

Haas: Die Telematik ist ein schwieriges Thema. Bei uns klappen die Kartenlesegeräte mehrmals im Monat nicht. Ob dies an der Telematik oder am ländlichen Internet liegt, weiß ich nicht. Ich denke aber mit Schrecken daran, dass ich zukünftig keine AUs an diesen Tagen ausstellen kann; dies sieht man momentan bereits bei den Impfzertifikaten. Diese kann ich an manchen Tagen einfach nicht ausstellen. Auch die Nutzung des eHBA mit regelmäßiger PIN-Eingabe für eine AU sehe ich problematisch. Ich denke, hier ist praxisfern geplant worden, und ich hoffe, dass dies sich künftig ändert. Digitalisierung ist gut und wichtig, aber die aktuellen Planungen gehen an der Realität vorbei.

Nguyen: Wunschlos glücklich … Ziel sollte es sein, den Beruf des Hausarztes – auch als Wirtschaftsunternehmen – weiterhin attraktiv zu halten, zum Beispiel durch die Implementierung von Physician Assistants als Unterstützung für die Ärzt:innen. ■

Die Fragen stellte
Karl Roth

Infobox

Empfehlungen von Philip Nguyen und Dr. David Haas an Praxisabgebende

1. Wer eine:n Nachfolger:in sucht, sollte in seinem Praxisteam klar verteilte Aufgabenbereiche für jeden haben. Das sorgt für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement, auf das die übernehmenden Ärzt:innen gut aufbauen können.
2. Wer eine:n Nachfolger:in sucht, sollte Empathie und Neugier mitbringen und wirklich auch offen sein für die Ideen der übernehmenden Ärzt:innen. Er oder sie muss loslassen können, damit die übernehmenden Ärzt:innen auch ihre eigenen Vorstellungen verwirklichen können.
3. Wer eine:n Nachfolger:in sucht, sollte sich vergegenwärtigen, dass ein guter und reibungsloser Übergabeprozess auch über mehrere Jahre gehen kann. Davon profitieren dann alle: die beteiligten Ärzt:innen, das nicht ärztliche Team und die Patient:innen.
4. Für Lehrpraxen dürfte es allgemein leichter sein, geeignete Praxisnachfolger:innen zu finden.

Gastbeitrag von Dr. Silvia Steinebach

Aus dem Leben einer Landärztin

Dr. Silvia Steinebach war Förderkandidatin aus dem Hessischen Pakt und hat 2013 eine Hausarztpraxis in Hainzell im Landkreis Fulda übernommen, die seitdem stark gewachsen ist. Aus rechtlichen Gründen hat sie sich in ein Landarzt MVZ umfirmiert und einen Kardiologiesitz am Fuldaer Stadtrand gekauft. Dies ist ein Grund, eine Zwischenbilanz zu ihrer Niederlassung zu ziehen.

Wenn Teddysprechstunde ist, werden auch verletzte Krokodile untersucht

Es war die Erfüllung eines lang gehegten Wunsches: die Übernahme einer alteingesessenen Praxis westlich von Fulda, ein Eigenheim unmittelbar damit verbunden, eine längere Übergangszeit mit der Vorgängerin, was die Phase der Familiengründung deutlich erleichtert hat, und die Gelegenheit, Chefin zu sein, unseren Patient:innen nah zu sein, selbst zu gestalten, allem Schritt für Schritt einen eigenen Stempel aufzudrücken. Mein Herz schlägt für das Land und die Menschen, die dort leben. Hausbesuche, die Heimversorgung und die Palliativbegleitung sind für mich integrale Bestandteile einer hausärztlichen Tätigkeit.

Auf meinem Weg als niedergelassene Ärztin habe ich mich durch die KVH durchaus intensiv begleitet und unterstützt gefühlt. Gleichzeitig musste ich am eigenen Leib erfahren, lernen und akzeptieren, dass die sogenannte freiberufliche ärztliche Tätigkeit in einem streng reglementierten Umfeld und immer enger werdenden Korsett stattfindet. Meine medizinischen Leistungen werden im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt bewertet und weiche ich davon ab, werde ich „auffällig" und stehe unter Rechtfertigungsdruck. Weil menschliche Zuwendung nicht in Leistungs- und Gebührenpositionen passt, droht uns bei besonderem Engagement die Unwirtschaftlichkeit. Zudem bestehen in dem System, in dem wir tätig sind, etliche „Fehlanreize". Meiner Meinung nach kann und darf es nicht sein, dass präventive Untersuchungen höher und gleichzeitig extrabudgetär bewertet werden im Vergleich zur Versorgung kranker Patient:innen, bei denen ein hausärztlicher Notfalltermin erforderlich ist. Da stimmt etwas grundsätzlich nicht.

In den letzten acht Jahren wurde mir dann zunehmend bewusst, dass man Veränderungen leider nur herbeiführen kann, wenn man sich selbst aktiver einbringt. Wir jungen Ärzt:innen müssen uns deshalb stärker in den Gremien engagieren. Ich bin überzeugt, dass man mehr Mediziner:innen für eine Niederlassung begeistern könnte, wenn es weniger Druck und keine Drohgebärden, sondern stattdessen viel mehr positive Anreize und Kooperationen gäbe. Zudem sind aus meiner Sicht beispielsweise die Abrechnungsregeln im Hausarztbereich total „explodiert" und als junge Ärztin findet man sich in diesem System kaum zurecht. Das hausärztliche Abrechnungssystem sollte deutlich vereinfacht werden. Aktuell arbeite ich persönlich schwerpunktmäßig im Facharztbereich und generiere dort mit circa zehn Abrechnungsziffern 90 Prozent meiner Einnahmen. Hiervon können Hausärzt:innen nur träumen. Hausärzt:innen müssen Hunderte von Ziffern kennen und alle hierzu vorhandenen Regeln parat haben. Es scheint ein wahrer „Wettkampf" zwischen Hausärzteverband und KV-System entbrannt zu sein: Wem noch mehr neue Ziffern einfallen, der hat gewonnen.

Wenn Herr Spahn nicht mehr Bundesgesundheitsminister ist, wünsche ich mir von seiner oder seinem Nachfolger:in die Abschaffung von Regressen und der Budgetierung ambulant erbrachter ärztlicher Arbeit. Unsere patientennahe und zuwendungsorien-

tierte Tätigkeit sollte vollumfänglich vergütet werden, ohne Angst vor Strafverfahren oder Abzügen. Diese beiden Niederlassungshemmnisse gehören einfach abgeschafft. Und er oder sie sollte aufhören, permanent alle gesundheitspolitischen Themen zunächst via „Tagesschau" an unsere Patient:innen weiterzuleiten, bevor wir Ärzt:innen etwas davon erfahren (Beispiel: „Frau Doktor, ab morgen können wir ja hier bei Ihnen als Reiserückkehrer einen Abstrich machen lassen … Hab ich gerade in der ‚Tagesschau' gehört!").

Auch gilt es, dringend Hürden in der Ausbildung von Hausärzt:innen abzubauen. Uns wurde kürzlich die Weiterbildungsbemächtigung Allgemeinmedizin von der Landesärztekammer Hessen verwehrt, da nur eine „echte" Allgemeinmedizinerin in unserem MVZ arbeitet. Zudem erfüllt sie mit einer Arbeitszeit von 31 Stunden/Woche nicht die geforderten 38,5 Stunden/Woche, um als Ausbilderin für Allgemeinmediziner:innen tätig sein zu dürfen. Die drei in unserem MVZ hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen sind leider nicht berechtigt, in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu helfen. Bedeutet: Internist:innen dürfen gern als Hausärzt:innen arbeiten – Allgemeinmediziner:innen für eine hausärztliche Tätigkeit ausbilden dürfen sie nicht!

Auf dem Land geht ohne Vernetzung nichts. In Fulda haben wir inzwischen aus einer „Junglandarzt-Gruppe" heraus einen neuen Verein gegründet: Ambulante Medizin Osthessen (AMO e.V.). Denn die genannten Themen betreffen natürlich viele niedergelassene Ärzt:innen. Erfreulicherweise sind wir eine wachsende gemischte Gruppe aus hausärztlich tätigen Kolleg:innen und Fachärzt:innen. Es ist uns wichtig, uns bei Themen, wie beispielsweise der sektorenübergreifenden Versorgung, intensiv einzubringen. Für eine enge Zusammenarbeit mit den lokalen Krankenhausträgern stehen wir natürlich zur Verfügung. Ohne eine starke ambulante Versorgungsebene sind in Bezug auf „Fehlanreize" bei der Versorgung unserer Patient:innen durch die Kliniken Tür und Tor geöffnet.

Ein positives Beispiel für die wachsende Vernetzung ist das Herzinsuffizienznetz Osthessen, hier sitzen wir alle an einem Tisch – Hausärzt:innen sowie ambulant und stationär tätige Kardiolog:innen – und gemeinsam schaffen wir Wege, um herzinsuffiziente Patient:innen in der Region bestmöglich zu versorgen.

DIE BILANZ

Meine Bilanz fällt durchmischt aus. Für die Freiheit, nach meiner Kliniktätigkeit wieder patientenorientierte Medizin machen zu dürfen, zahlt man als niedergelassene Ärztin einen spürbaren Preis. Man fühlt sich in vielen Bereichen permanent unter Druck gesetzt und auch erpresst. Inzwischen „durfte" ich einen ersten Regress bezahlen. Andererseits gibt es die Momente, in denen ich meinem Wunsch ganz nah bin. Ich genieße die enge Bindung zu unseren Patient:innen und deren Familien. Dieses Vertrauensverhältnis, das man als niedergelassene Ärztin und nur als solche zu seinen Patient:innen aufbaut, ist einzigartig. Zudem schätze ich heute natürlich die freien Wochenenden und Feiertage mit meiner Familie, und dass ich keine Schichtdienste mehr machen muss. ■

Dr. Silvia Steinebach

Im Landarzt-MVZ arbeiten zusammen mit **Dr. Silvia Steinebach** fünf Ärztinnen und 16 MFAs oder Krankenpflegerinnen. Einmal im Jahr führt sie mit ihrem Team eine Teddysprechstunde durch, um Kindern die Angst vor Untersuchungen zu nehmen und sie für das wichtige Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Dr. Steinebach ist verheiratet und hat einen Sohn (8) und eine Tochter (6).

www.landarzt-mvz.de

Zahlen, Daten, Fakten: ein Update zur ambulanten Versorgung

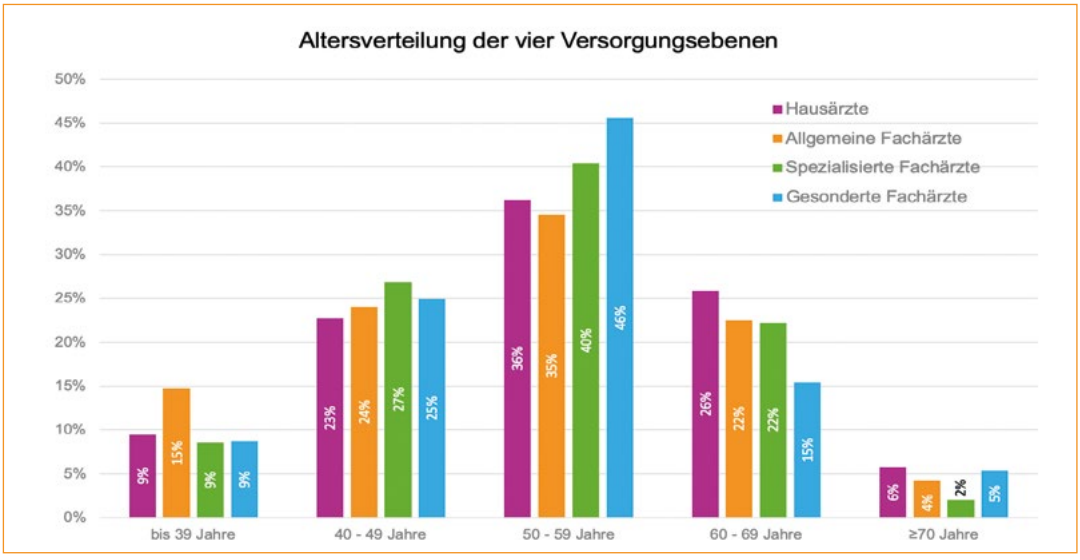
Ärzt:innenmangel, demografischer Wandel und Versorgungslücken bestimmen die Diskussion rund um die ambulante Versorgung. Ein Blick hinter die Kulissen auf die aktuelle Situation ist wichtig. Die folgenden Zahlen helfen dabei.

DEMOGRAFISCHER WANDEL SCHLÄGT VOLL DURCH

Dass unsere Gesellschaft immer älter wird, ist seit Jahren bekannt und spiegelt sich in der Demografie der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Hessen wider. Allein 26 Prozent der hessischen Hausärztinnen und Hausärzte gehören zum Altercluster der 60- bis 69-Jährigen (Stand: 01.08.2021). Kaum anders sieht es bei den Fachärzt:innen aus, unabhängig davon, ob es um die allgemeine, die spezialisierte oder die gesonderte fachärztliche Versorgung geht. Deshalb wundert es kaum, dass der Anteil der über 70-Jährigen, die als Ärzt:innen ihren Teil zur ambulanten Versorgung beitragen, mittlerweile je nach Versorgungsebene bis zu sechs Prozent beträgt. Angesichts dieser demografischen Daten ist ein weiterer Anstieg des Durchschnittsalters mehr als erwartbar.

Insgesamt lassen sich bei den rund 13.500 Mitgliedern der KVH klare Altersstrukturen erkennen: Die 50- bis 59-Jährigen sind mit Abstand die größte Gruppe. Innerhalb der vier Versorgungsebenen sind zwar kleine Unterschiede in den einzelnen Bereichen zu erkennen, im Großen und Ganzen gleicht sich die Verteilung aber sehr.

Besorgniserregend ist dabei vor allem der verhältnismäßig geringe Anteil an jungen Ärztinnen und Ärzten. Hausärzt:innen und spezialisierte sowie gesonderte Fachärzt:innen bis 39 Jahre machen nur jeweils neun Prozent der entsprechenden Versorgungsebene aus. Mit 15 Prozent sind zwar die allgemeinen Fachärzt:innen im Gesamtbild etwas besser vertreten, der Unterschied ist an dieser Stelle aber nur marginal.



Wirft man einen genaueren Blick auf die einzelnen Fachgruppen, zeigen sich deutlich alters- und/oder geschlechterspezifische Unterschiede. 41,3 Prozent der 63 Strahlentherapeut:innen in Hessen sind unter 50 Jahre. Sie stellen damit die Arztgruppe mit der größten Prozentzahl an unter 50-Jährigen, dicht gefolgt von der Gruppe der Augenärzt:innen mit 40,6 Prozent an unter 50-Jährigen. Mit nur einer Ärztin unter 50 Jahren bildet die Gruppe der 14 Transfusionsmediziner:innen in Hessen das Schlusslicht. Diese Fachgruppe ist daher statistisch besonders vom Ärzt:innenmangel betroffen. Es zeigt sich zudem, dass in fast allen Arztgruppen die Mehrheit der Ärzt:innen unter 50 Jahren Frauen sind. An dieser Stelle macht sich die hohe Anzahl an Frauen innerhalb des Medizinstudiums bemerkbar, die im Jahr 2013 schon zwei Drittel ausgemacht hat.

Dass es in vielen Fachgruppen an Nachwuchs fehlt, ist bekannt. Doch was kommt auf uns zu, wie schlimm kann es werden? Das bereits begonnene Ausscheiden der Babyboomer aus dem Arbeitsleben, das bereits begonnen hat, wird eine große Lücke in die ambulante Versorgung reißen. Hinzu kommt, dass der Bedarf an medizinischen Behandlungen in einer älter werdenden Gesellschaft ebenfalls zunimmt. Sollten die in Zukunft freien Arztsitze nicht nachbesetzt werden können, ist mit einem deutlichen Mehraufwand für die anderen Ärzt:innen sowie mit zunehmenden Versorgungslücken zu rechnen.

STADT, LAND, JUNGE ÄRZT:INNEN

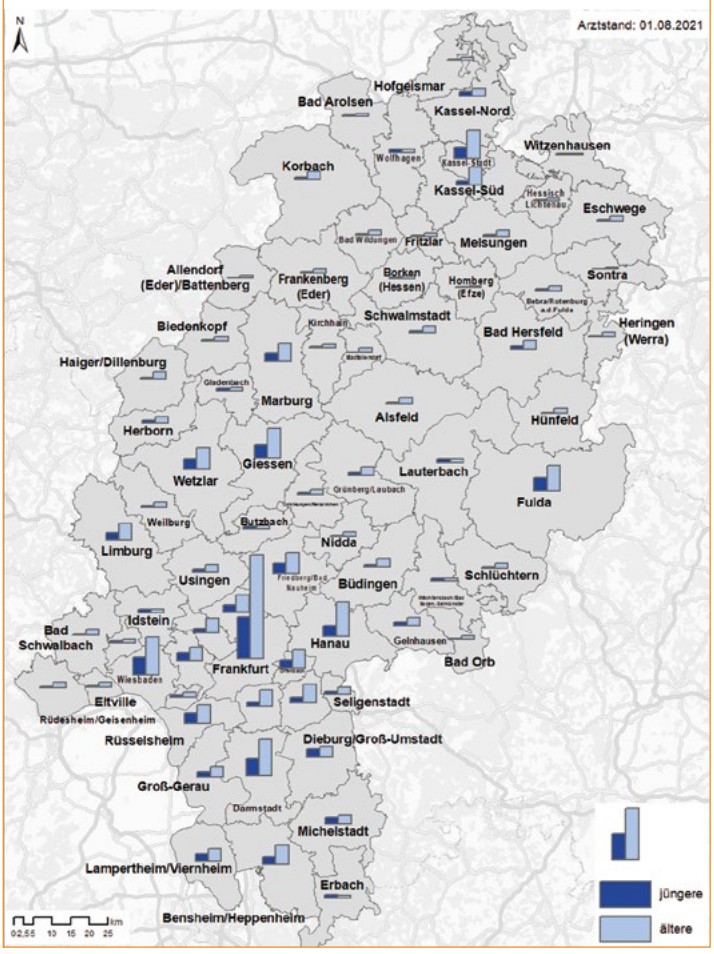
Neben der Frage nach besonders vom Ärzt:innenmangel betroffenen Fachgruppen und der Altersentwicklung kommt der Faktor der Verteilung zwischen Stadt und Land hinzu.

Die Klischees zur Versorgung auf dem Land sind auch jetzt noch in den Köpfen vieler junger Ärzt:innen verankert: schlechte Infrastruktur, mangelnde kulturelle Angebote und ein Knochenjob mit Überstunden. Dass die Ärzt:innen unter 50 Jahren in städtischen Regionen 34 Prozent und in ländlichen Regionen dagegen nur 28 Prozent ausmachen, ist deshalb nicht verwunderlich. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass gerade auf dem Land die ältere Ärzteschaft zu finden ist. Ärzt:innen in Regionen mit keinen oder nur sehr wenigen Ärzt:innen unter 50 Jahren sind deshalb schon heute als potenzielle Hotspots für Versorgungsprobleme erkennbar.

Besonders gilt dies natürlich für den hausärztlichen Bereich. In Städten wie Wiesbaden, Frankfurt oder Darmstadt ist die Anzahl der jüngeren Hausärzt:innen verhältnismäßig höher. Probleme bei der Nachbesetzung sind dort seltener zu erwarten.

Unterschiede in der Altersverteilung zeigen sich auch innerhalb der fünf Regionen in Hessen. Während in Nordhessen die Altersgruppe der über 65-Jährigen knapp 14 Prozent beträgt, sind es in Südhessen nur rund 11 Prozent. Zudem ist Nordhessen auch die Region mit den wenigsten jungen Ärzt:innen: Nur fast 10 Prozent sind bis zu 39 Jahre alt. Im Rhein-Main-Gebiet hingegen sind mit 13 Prozent die meisten jungen Ärzt:innen niedergelassen. Die Gruppe der 40- bis 64-Jährigen macht sowohl im Rhein-Main-Gebiet als auch in Süd-, Mittel-, Ost- und Nordhessen

Anteil Hausärzt:innen im Mittelbereich jüngere (<50 Jahre) vs. ältere (≥ 50 Jahre)

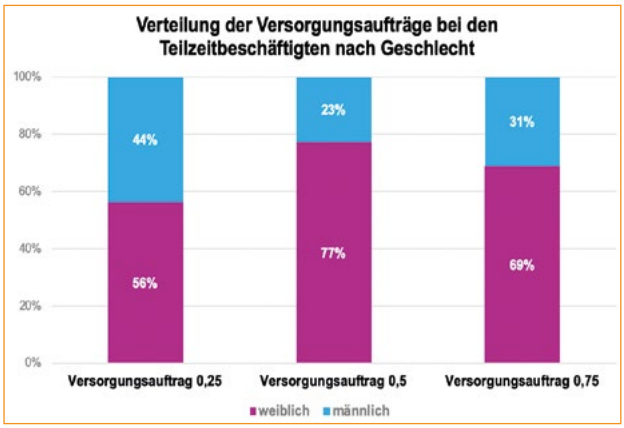


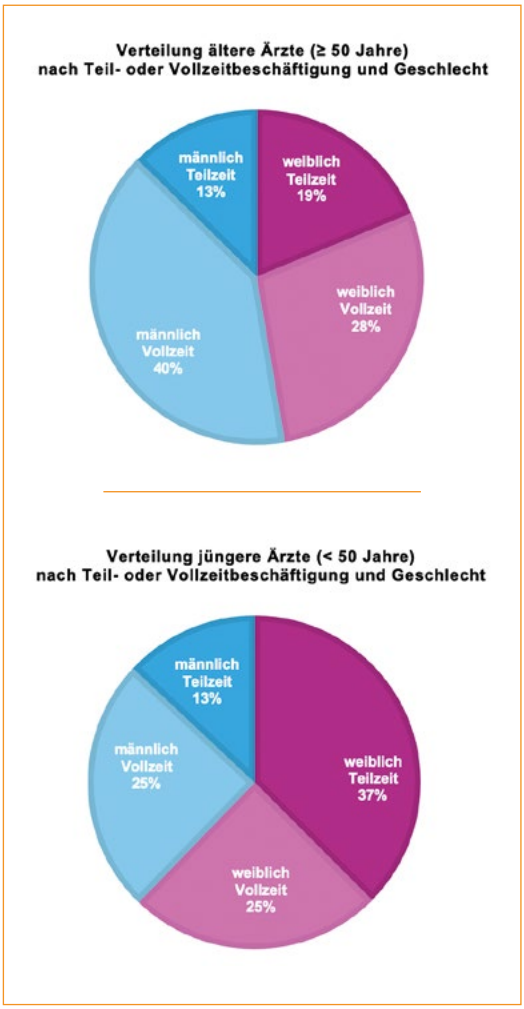
zwischen 74 Prozent und 77 Prozent aus. Zusammenfassend kann man sagen: Die Überalterung der Ärzteschaft ist in Nordhessen noch stärker ausgeprägt als beispielsweise im Rhein-Main-Gebiet.

DER SPAGAT ZWISCHEN WORK UND LIFE

War im tradierten Arztbild eine Vollzeitbeschäftigung normal, ist seit Jahren der Trend zur Teilzeitbeschäftigung vor allem bei jungen Leuten enorm.

In Hessen sind von den über 50-jährigen Ärzt:innen noch 40 Prozent der Männer und 28 Prozent der Frauen mit einem vollen Versorgungsauftrag unterwegs. Bei Ärztinnen sowie Ärzten unter 50 Jahren liegt die Zahl der Vollzeitbeschäftigten bei jeweils nur noch 25 Prozent. Besonders bei den Frauen ist die Teilzeitbeschäftigung hoch im Kurs. 37 Prozent der Ärztinnen unter 50 Jahren sind teilzeitbeschäftigt – Tendenz steigend. Allein 77 Prozent von 1.801 Teilzeitbeschäftigten mit einem Versorgungsauftrag von 0,5 sind weiblich. Auch bei den anderen Versorgungsumfängen sind die Entwicklungen ähnlich.



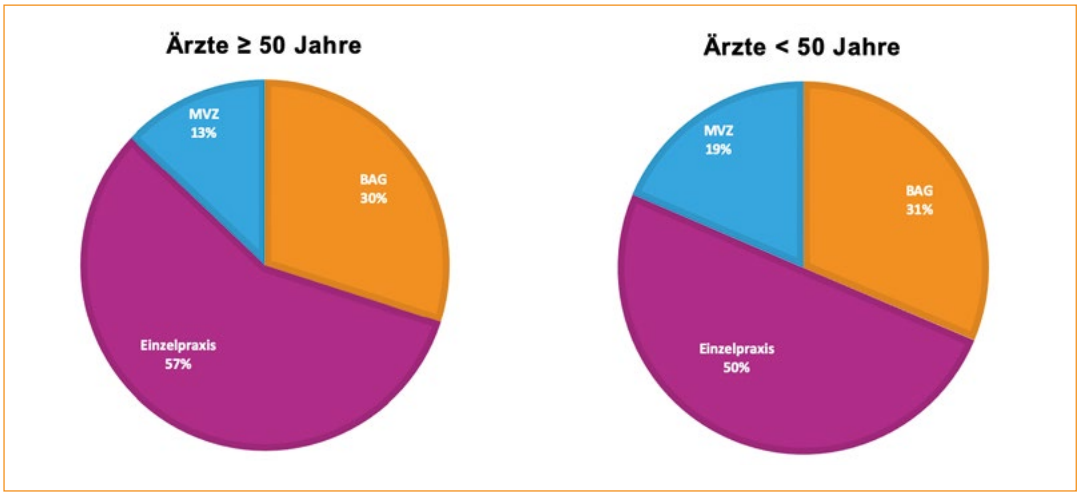


Auf der Liste mit Gründen für den Trend zur Teilzeittätigkeit steht vor allem die Work-Life-Balance ganz weit oben. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist gerade jungen Ärzt:innen besonders wichtig. Dass eine Teilzeitbeschäftigung diesem Wunsch eher nachkommt als eine Vollzeitbeschäftigung, liegt auf der Hand. Umfragen der Landesärztekammer Hes-sen, welche mit Absolvent:innen der Ärztlichen Prüfung durchgeführt wurden, bestätigen dieses Ergebnis. 15,8 Prozent der 1.798 Absolventinnen der Umfrage nannten die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung als Kriterium für den späteren Arbeitsplatz (Stand: 2017). Bei den 1.025 männlichen Absolventen, die sich an der Umfrage beteiligten, waren es nur 4,1 Prozent. Das zeigt, dass gerade junge Frauen ein großes Interesse an einer Teilzeitbeschäftigung haben.

So beliebt die Teilzeitmodelle auf der einen Seite sind, so problematisch ist auf der anderen Seite, die dadurch entstehende Abnahme der verfügbaren ärztlichen Arbeitszeit.

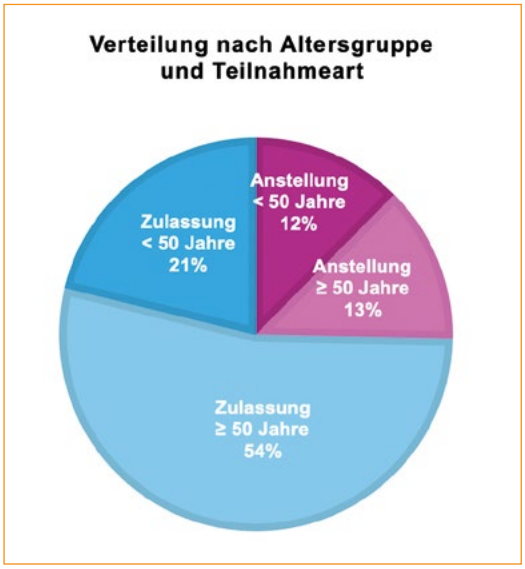
PRAXISFORM IN DER ENTWICKLUNG

Selbstverständlich wirken sich die geschilderten Veränderungen auch bei der Frage nach der Praxisform aus. Eine besondere Rolle dabei spielen weiterhin die „jungen" Ärztinnen und Ärzte.



Schaut man sich die Einzelpraxis, die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) und ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) genauer an, steht die Einzelpraxis aktuell noch sowohl bei Ärzt:innen unter als auch bei Ärzt:innen über 50 Jahren auf Platz eins. Trotzdem wird diese Art der Praxisform offensichtlich immer uninteressanter für jüngere Ärzt:innen: Während 57 Prozent der über 50-Jährigen in einer Einzelpraxis tätig sind, ist es bei den Ärzt:innen unter 50 Jahren nur noch die Hälfte. Der Rest verteilt sich auf die anderen Praxisformen. Medizinische Versorgungszentren hingegen rücken deutlicher in den Vordergrund. Während nur 13 Prozent der über 50-Jährigen in einem MVZ tätig sind, steigt die Prozentzahl der Ärzt:innen unter 50 Jahren auf aktuell 19 Prozent. Auch an dieser Stelle ist eher mit steigenden Zahlen zu rechnen.

Bei der Untersuchung der Praxisformen nach Geschlecht und Alter zeigt sich, dass aktuell Männer über 50 Jahre in BAGs mit rund 40 Prozent die Mehrheit darstellen. Die kleinste vertretene Gruppe sind Ärzte unter 50 Jahren mit nur 16,5 Prozent. Innerhalb der Medizinischen Versorgungszentren ähneln sich die Daten sehr. Nimmt man beide Altersklassen zusammen, dominieren sowohl in Medizinischen Versorgungszentren als auch in Berufsausübungsgemeinschaften die männlichen Ärzte. Einzelpraxen hingegen zeigen eine andere Struktur auf. Besonders Frauen über 50 Jahre sind mit 38 Prozent am meisten in dieser Praxisform vertreten. Rechnet man die Ärztinnen unter 50 Jahren noch dazu, nehmen sie zusammen mit 59 Prozent am stärksten die Einzelpraxen ein.



Zusätzlich beeinflussen die jüngeren Ärzt:innen auch den Wandel der Teilnahmeart. Immer mehr Ärzt:innen werden in Anstellungsverhältnissen tätig. Während von den über 50-jährigen Ärzt:innen nur rund 13 Prozent in einem Anstellungsverhältnis tätig sind, steigt der Anteil der Ärzt:innen unter 50 Jahren auf bereits 37 Prozent. Besonders Frauen unter 50 Jahren stellen hier wieder einen großen Anteil der Angestellten. ■

Lena Schwarzer

Leistungen bei intersexuellen und transsexuellen Personen abrechnen

Was Ärztinnen und Ärzte genau bei geschlechterspezifischen Altersgrenzen und Leistungen beachten müssen und welche Vorgaben dafür gemäß dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gelten, lesen Sie in diesem Beitrag.

Das Personenstandsgesetz wurde im Jahr 2018 geändert und führte im EBM zu Anpassungen der Allgemeinen Bestimmungen (Nummer 4.2.1). Die Anpassung betrifft Gebührenordnungspositionen (GOP), die Versicherte je nach Geschlecht in unterschiedlichem Alter in Anspruch nehmen können, sowie die Kennzeichnung der Leistungen.

GOP MIT UND OHNE GESCHLECHTSORGANBEZOGENEM INHALT

GOP mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt können Sie entsprechend dem geschlechtsorganbezogenen Befund abrechnen. Liegt also ein passender Befund vor, können Sie die Leistung unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung abrechnen.

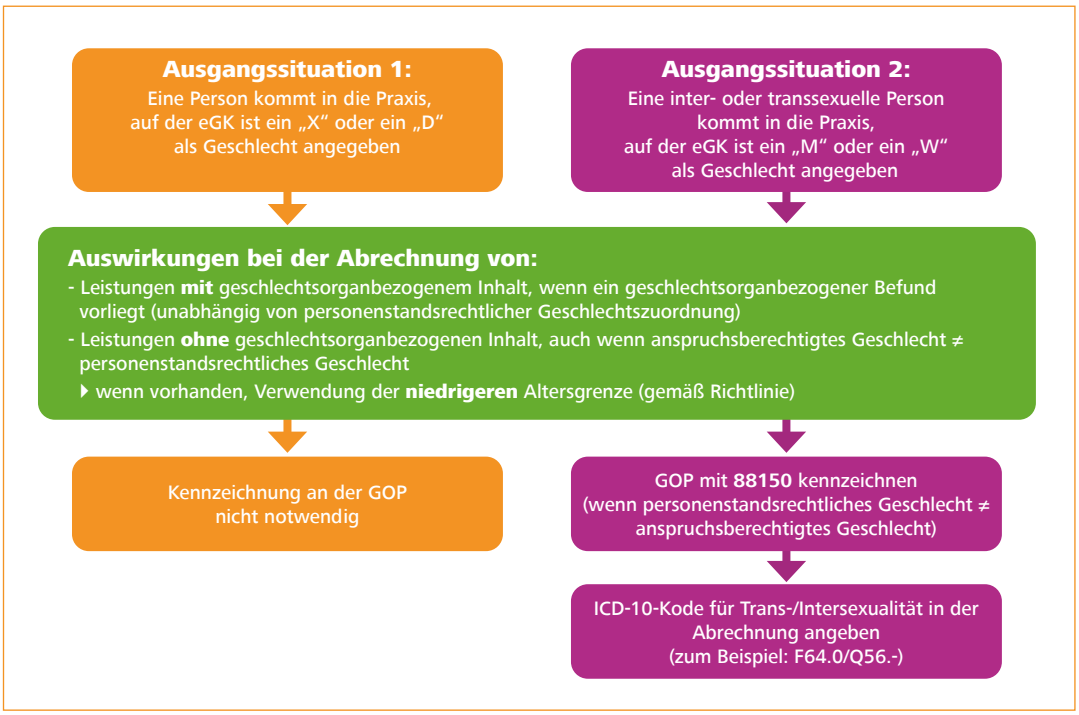
Sie können GOP ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt ebenfalls abrechnen, wenn sich das anspruchsberechtigte Geschlecht von dem personenstandsrechtlichen Geschlecht unterscheidet. Richtet sich die Anspruchsberechtigung hierbei nach dem Alter der versicherten Person, ist sie nach der in der jeweiligen Richtlinie aufgeführten niedrigeren Altersgrenze abrechenbar.

LEISTUNGEN KENNZEICHNEN

Die Kennzeichnung ist sowohl bei GOP mit als auch ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt vonnöten, wenn das anspruchsberechtigte Geschlecht nicht mit dem personenstandsrechtlichen Geschlecht übereinstimmt. Sie kennzeichnen die GOP mit der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung „88150" und geben den ICD-10-Code für Inter- oder Transsexualität (Q56.- oder F64.0) in Ihrer Abrechnung an. Ist auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ein „X" für unbestimmt oder ein „D" für divers als Geschlecht angegeben, ist keine Kennzeichnung nötig.

Sind die Leistungen wie oben beschrieben gekennzeichnet oder ist ein „X" oder „D" als Geschlecht angegeben, zählen diese nicht als fachfremde Leistungen.

Bis zu 6.000 inter-/transsexuelle GKV-Versicherte könnten nach aktuellen Annahmen in Hessen ansässig sein.



RICHTIG KENNZEICHNEN – BEISPIELE

Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL (GOP 01761)

- Eine transsexuelle Person (früher Frau, heute Mann) kommt zur Krebsfrüherkennung.
- Auf der eGK ist ein „M" für männlich hinterlegt.
- Es liegen noch weibliche Geschlechtsorgane vor.

➔ Die Kennzeichnung der GOP mit der Zusatzkennzeichnung 88150 sowie die Angabe des entsprechenden ICD-Kodes (zum Beispiel F64.0 für Transsexualität) sind notwendig.

Sonografische Untersuchung auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL) (GOP 01748)

- Eine transsexuelle Person (früher Mann, heute Frau) kommt, um eine sonografische Untersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchaorta durchführen zu lassen.
- Auf der eGK ist bereits ein „W" für weiblich hinterlegt.
- Männer ab 65 Jahren haben einen einmaligen Anspruch auf die GOP 01748.

➔ Geben Sie die Kennzeichnung 88150 an der GOP und den entsprechenden ICD-Kode auf dem Abrechnungsschein (zum Beispiel F64.0 für Transsexualität) an.

Koloskopischer Komplex gem. Teil II § 3 der oKFE-RL (GOP 01741)

- Eine Person kommt für eine Früherkennungskoloskopie in Ihre Praxis.
- Auf der eGK ist ein „D" für divers hinterlegt.
- Die Leistung gibt die Altersgrenze vor: bei Männern 50 Jahre, bei Frauen 55 Jahre.

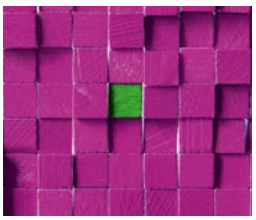
➔ Die niedrigere Altersgrenze (50 Jahre) gilt für die Anspruchsberechtigung.
➔ Eine Kennzeichnung an der GOP ist nicht notwendig. ■

Christine Schneider,
Alicia Schulmeyer

Weitere Informationen sowie eine Checkliste mit den wichtigsten Punkten zur Abrechnung von Leistungen bei inter- und transsexuellen Personen finden Sie unter:
www.kvhessen.de/trans-intersexualitaet

Verordnungsausgaben schonen anhand der Praxisbesonderheiten

Gibt es ein Budget? Wie hoch ist es? Ist das extrabudgetär? Gilt der Patient als Praxisbesonderheit? Solche oder ähnliche Fragen erreichen die KVH tagtäglich. Wir geben Ihnen daher einen Überblick, wie das mit dem Budget funktioniert und was Praxisbesonderheiten sind.



Zum Einstieg eine grundlegend wichtige Info: Jede Praxis, ob Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder MVZ, bekommt im Arzneimittel- und Heilmittelbereich jeweils ein Budget zugeordnet. Es gibt nur bei Verordnungen von Arzneimitteln oder Heilmitteln ein Budget. Zu den Kosten für Arzneimittel kommen die Kosten der Verbandstoffe, der künstlichen Ernährung und für Teststreifen mit in das Arzneimittelbudget. In allen anderen Verordnungsbereichen haben Sie kein Budget!

Dieses Budget ist gebunden an die Betriebsstättennummer (BSNR). Es kommt also auf das Verordnungsverhalten der gesamten Praxis an und nicht auf das einer einzelnen Ärztin oder eines einzelnen Arztes. Beim Budget einer Praxis handelt es sich um ein Jahresbudget und nicht wie häufig angenommen um ein Quartalsbudget. Dieses Jahresbudget gilt immer für ein komplettes Verordnungsjahr, also vom 1. Januar bis zum 31. Dezember.

Sie dürfen Ihr Budget überschreiten! Das Budget darf am Ende eines Verordnungsjahres um 45 Prozent überschritten werden, ohne dass Sie eine Überprüfung fürchten müssen.

Wie berechnet sich Ihr Budget? Für jede Fachgruppe wird am Ende eines Jahres der durchschnittliche Eurobetrag pro Fall aufgelöst nach Versicherten, Familienmitglied und Rentner ermittelt. Somit wird die reale Versorgungswirklichkeit Ihrer Fachgruppe dargestellt. Dieser Eurobetrag wird als Durchschnittswert bezeichnet. Der Durchschnittswert Ihrer Fachgruppe multipliziert mit Ihrer Fallzahl plus 45 Prozent ergibt Ihr Jahresbudget.

Sollten Sie über die 45 Prozent kommen, können Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden. Dies erfolgt im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Prüfungsstelle. Hierbei kann eine Praxisbesonderheit direkt von der Prüfungsstelle erkannt werden und die Kosten werden durch die Prüfungsstelle aus Ihrem Budget herausgerechnet. Oder eine Praxisbesonderheit ist nur als solche zu erkennen, wenn Sie den Mehrbedarf Ihrer Patient:innen gegenüber der Prüfungsstelle erklären. Dies ist aber nur notwendig, wenn Sie Ihr Budget überschreiten, wenn Sie also in Ihrer Praxis mehr als Ihre Fachkolleg:innen verordnen.

PRAXISBESONDERHEITEN GELTEND MACHEN

Welche Praxisbesonderheiten gibt es nun? Gut zu wissen ist dabei: Um Praxisbesonderheiten geltend zu machen, ist kein Antrag vorab möglich und nötig! In Hessen haben wir mit den Kassen sogenannte Sonderziffern – hessenspezifische GOPs – vereinbart. Diese können bei bestimmten Erkrankungen einmal im Quartal, wenn für die Erkrankung verordnet wird, angesetzt werden. Wird diese Ziffer in Ihrer Praxis nun häufiger angesetzt als durch Ihre Fachgruppe, dann werden Ihnen die Mehrkosten vom Budget herausgerechnet.

Natürlich kann es auch vorkommen, dass Sie ein Patientenklientel behandeln, welches nicht über die hessischen GOPs abgebildet ist. Dann haben Sie vielleicht eine individuelle Praxisbesonderheit, wenn Sie eine bestimmte Diagnose häufiger behandeln als Ihre Fachkollegen. Auch hier kann das Mehr der Kosten im Vergleich zur Fachgruppe als Praxisbeson-

derheit anerkannt werden, dies erfolgt aber erst im Falle eines Überschreitens von 45 Prozent, wenn es zur Prüfung durch die Prüfungsstelle kommt. Hierfür haben Sie allerdings die Beweislast. Es ist deshalb immer zu empfehlen, alle aus Ihrer Sicht vorliegenden Besonderheiten in der Struktur der Praxis gesondert zu dokumentieren, um die Argumentation in einem möglichen Prüfverfahren zu erleichtern. Das sollte stets patientenbezogen erfolgen! Am einfachsten erfolgt dies über die genaue Diagnosekodierung auf dem Abrechnungsschein.

Nach der aktuellen Rechtsprechung ist eine individuelle Praxisbesonderheit eine

- in der Struktur der Arztpraxis liegende objektive Gegebenheit,
- die für die Fachgruppe hinsichtlich Art oder Umfang atypisch ist und
- ursächlich für höhere Verordnungskosten ist.

WAS KÖNNEN INDIVIDUELLE PRAXISBESONDERHEITEN SEIN?

Zum einen ein untypisches Patientenklientel, wie besondere Erkrankungen (z. B. Diabetologische Schwerpunktpraxis, Schmerztherapie in der Onkologie), ein besonderes Leistungsspektrum (OP-Leistungen – vermehrter Verbandstoffverbrauch durch Wundversorgung) oder besondere Qualifikation der Ärztin oder des Arztes, zum anderen eine Häufung von Krankheitsbildern oder eine höhere Symptomatik der Erkrankungen, beides abgebildet durch die Diagnosekodierung.

Neben den hessenspezifischen und individuellen Praxisbesonderheiten gibt es auch bundesweite Praxisbesonderheiten. Im Arzneimittelbereich sind dies Therapien von Krankheitsbildern, bei denen der G-BA in der frühen Nutzenbewertung einen Zusatznutzen festgestellt hat und die Krankenkassen diese Therapien zur Praxisbesonderheit erklärt haben. Dies sind Praxisbesonderheiten nach §130b SGB V. Dazu werden die Voraussetzungen, unter denen diese Arzneimittel als Praxisbesonderheit anerkannt werden, vom GKV-Spitzenverband veröffentlicht. Nachlesen können Sie dies in unserem Verordnungsportal kvhaktuell.de unter der Rubrik „Praxisbesonderheiten". Diese Verordnungskosten werden in einem Prüfverfahren zu 100 Prozent aus dem Verordnungsvolumen der Praxis herausgerechnet. Wichtig ist dabei aber eine genaue Diagnosekodierung auf dem Abrechnungsschein, denn der Abgleich zur Anerkennung der Verordnung als Praxisbesonderheit funktioniert nur, wenn Sie die korrekte Diagnose auch der KVH übermitteln. So ist zum Beispiel bei Jardiance die Anerkennung bei Typ-2-Diabetikern nur im Falle einer zusätzlichen manifesten kardiovaskulären Erkrankung möglich.

Praxisbesonderheiten auf einen Blick

Für wen gelten die Praxisbesonderheiten?

Für jede Praxis:
ob Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder MVZ

1. Jede Praxis hat ein jährliches Budget, das an die BSNR gebunden ist. Betrachtet wird immer das Jahr vom 1. Januar bis zum 31. Dezember
2. In jeder Praxis wird zudem das Verordnungsverhalten der gesamten Betriebsstätte betrachtet und nicht das einer einzelnen Ärztin oder eines einzelnen Arztes.

Für welche Bereiche gelten die Praxisbesonderheiten?

Für die Verordnungen von

1. Arzneimitteln (inkl. Kosten für Verbandstoffe, künstliche Ernährung und Teststreifen) und
2. für Heilmittel

Welche vier wichtigen Schlagworte sollten Niedergelassene im Zusammenhang mit Praxisbesonderheiten kennen?

1. Hessenspezifische GOPs
2. Individuelle Praxisbesonderheiten
3. Bundesweite Praxisbesonderheiten
4. Diagnoseliste Heilmittel

FRÜHE NUTZENBEWERTUNG – WIE KOMMT ES ZU EINER PRAXISBESONDERHEIT?

Seit dem 1. Januar 2011 müssen sich alle neu zugelassenen Arzneimittel einer frühen Nutzenbewertung nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) durch den G-BA unterziehen. Neu ist, dass das Arzneimittel seinen Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie (zVT) belegen muss. Die zVT wird vom G-BA festgelegt und ist in der Regel die evidenzbasierte, leitliniengerechte Therapie in der jeweiligen Indikation.

Der Umfang des Zusatznutzens – von keinem Zusatznutzen bis hin zu einem erheblichen Zusatznutzen – ist die Grundlage für den Erstattungspreis des Arzneimittels, auf den sich der Arzneimittelhersteller und der GKV-Spitzenverband nach Abschluss der frühen Nutzenbewertung einigen müssen.

PREISFINDUNG

Im ersten Jahr nach Markteinführung gilt noch die „freie Preisbildung"; der Arzneimittelhersteller kann den Preis festlegen. Nach diesem ersten Jahr muss der Arzneimittelhersteller mit dem GKV-Spitzenverband einen Erstattungspreis vereinbaren, eventuell unter Zuhilfenahme des Schiedsamts. Insbesondere der Beschluss des G-BA, ob ein Zusatznutzen vorliegt oder nicht, beeinflusst maßgeblich die Ausgangsposition des Arzneimittelherstellers in den Erstattungspreisverhandlungen. Liegt bei einem Arzneimittel ein Zusatznutzen vor, kann dieses als bundesweit gültige Praxisbesonderheit (siehe oben) definiert werden.

ERSTATTUNGSFÄHIG: JA ODER NEIN?

Das AMNOG hat gegenüber den Regeln vor Inkrafttreten des Gesetzes nichts verändert. Auf dem deutschen Markt zugelassene Arzneimittel sind unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots grundsätzlich verordnungsfähig. Das wirtschaftliche Verordnungsrisiko liegt bis zum Zeitpunkt des Ergebnisses der frühen Nutzenbewertung beim Verordner.

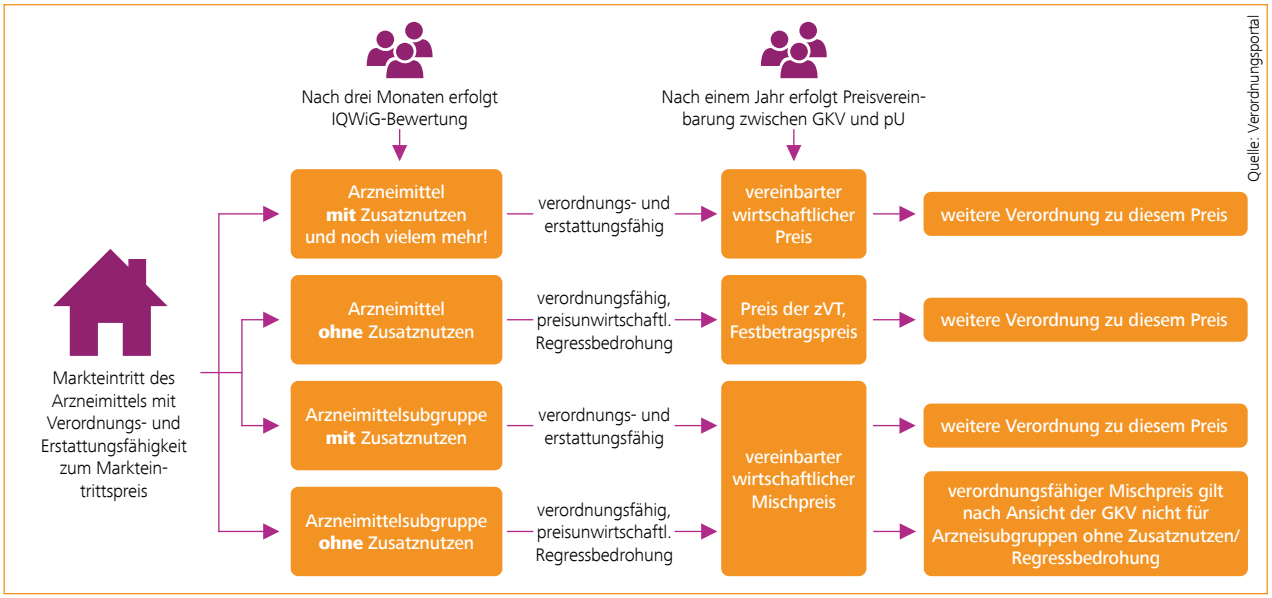
Arzneimittel mit Zusatznutzen sind bei indikationsgerechtem Einsatz verordnungsfähig. Das Morbiditätsrisiko liegt aufseiten der Krankenkassen, mit oder ohne Vereinbarung als Praxisbesonderheit. Arzneimittel ohne Zusatznutzen sind dann unwirtschaftlich, wenn sie der zVT unterlegen sind oder keine Vorbehandlung mit der zVT erfolgt ist. Der Trugschluss „Kein Zusatznutzen, keine GKV-Verordnung!" beruht auf der Unkenntnis des AMNOG-Prozesses.

„Kein Zusatznutzen" kann zwei unterschiedliche Ursachen haben:

- Es liegen belastbare Studien vor, die ein negatives Ergebnis erbracht haben.
- Es liegen keine oder keine belastbaren Studienergebnisse vor, weil sie versäumt wurden oder die zVT nicht gepasst hat.

Beides führt zum gleichen Ergebnis: keinem Zusatznutzen! Formal korrekt, inhaltlich aber falsch, weil das tatsächliche Ergebnis einer belastbaren Studie nicht existiert.

Arzneimittel haben häufig auch unterschiedliche Subgruppen. Hier gelten die gleichen Regelungen für Verordnungen von Arzneimitteln mit oder ohne Zusatznutzen. Alle Konstellationen können der folgenden Grafik entnommen werden.



Wie bereits erwähnt, gibt es aber nicht nur im Bereich der Arzneimittel ein Budget und Praxisbesonderheiten, auch im Bereich der Heilmittel gibt es einiges, was man wissen sollte.

DIAGNOSELISTE HEILMITTEL

Die Diagnoseliste ist eine gesetzliche Vorgabe, ihre Inhalte werden auf Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV vereinbart. Unterscheiden muss man hier den „langfristigen Heilmittelbedarf" und den „besonderen Verordnungsbedarf".

BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF

Patient:innen mit besonders schweren und chronischen Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose (MS), Morbus Parkinson, bestimmten rheumatischen Erkrankungen, Osteoporose oder Demenz benötigen beispielsweise oft für einen begrenzten Zeitraum eine intensive Heilmitteltherapie. Sie haben daher einen besonderen Behandlungsbedarf, der in der abgebildeten Diagnoseliste „besonderer Verordnungsbedarf" zusammengefasst ist.

			DIAGNOSEGRUPPE			
1. ICD-10	2. ICD-10	DIAGNOSE	PHYSIO-THERAPIE	ERGO-THERAPIE	STIMM-, SPRECH-, SPRACH-, SCHLUCKTHERAPIE	HINWEIS/ SPEZIFIKATION
GERIATRISCHE SYNDROME						
E41		Alimentärer Marasmus			SC	ab vollendetem 70. Lebensjahr, sofern dieser durch Schluckstörungen verursacht ist
F00.0		Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)		PS4		
F00.1		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)		PS4		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F00.2		Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form				
F01.0		Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn				
F01.1		Multiinfarkt-Demenz				
F01.2		Subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.3		Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz				
F01.8		Sonstige vaskuläre Demenz				
F02.3		Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom				
F02.8		Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern				
F03		Nicht näher bezeichnete Demenz				
F41.0		Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]		PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
F41.1		Generalisierte Angststörung				
F41.2		Angst und depressive Störung, gemischt				
F41.3		Andere gemischte Angststörungen				
F41.8		Sonstige spezifische Angststörungen				
F41.9		Angststörung, nicht näher bezeichnet				

Quelle für Screenshot: https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf

Diese Verordnungen sind nicht regressbedroht. Sie werden bei einem Prüfverfahren über die ICD-Kodierung und die Angabe der Diagnosegruppe aus dem Heilmittelbudget der Praxis herausgerechnet. Die jeweils angegebenen Hinweise/Spezifikationen in der Diagnoseliste wie Alter des Patienten oder Behandlungsdauer müssen dabei beachtet werden.

LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF

Der langfristige Heilmittelbedarf ist für schwer kranke Patient:innen, beispielsweise mit angeborenen Muskelerkrankungen, infantilen Cerebralparesen und sonstigen Paresen, angeborenen Fehlbildungen des Gehirns, Skeletterkrankungen, Stimm- und Sprachstörungen, bösartigen Erkrankungen, aber auch dem sekundären

Parkinsonsyndrom oder chronischen Atemwegserkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode, die voraussichtlich einen kontinuierlichen Behandlungsbedarf von mindestens einem Jahr haben, vorgesehen.

Die Kosten dieser Verordnungen werden nicht dem Heilmittelbudget der Praxis hinzugerechnet und unterliegen nicht der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung. Damit dies gewährleistet ist, muss auch hier der ICD-10-Code mit der entsprechenden Diagnosegruppe angegeben werden.

Sowohl beim besonderen Verordnungsbedarf als auch beim langfristigen Heilmittelbedarf kann eine Verordnung quartalsunabhängig für die Behandlungsdauer von zwölf Wochen ausgestellt werden. Dabei bemisst sich die Anzahl der Behandlungseinheiten nach der wöchentlichen Therapiefrequenz. Die orientierende Behandlungsmenge muss nicht berücksichtigt werden.

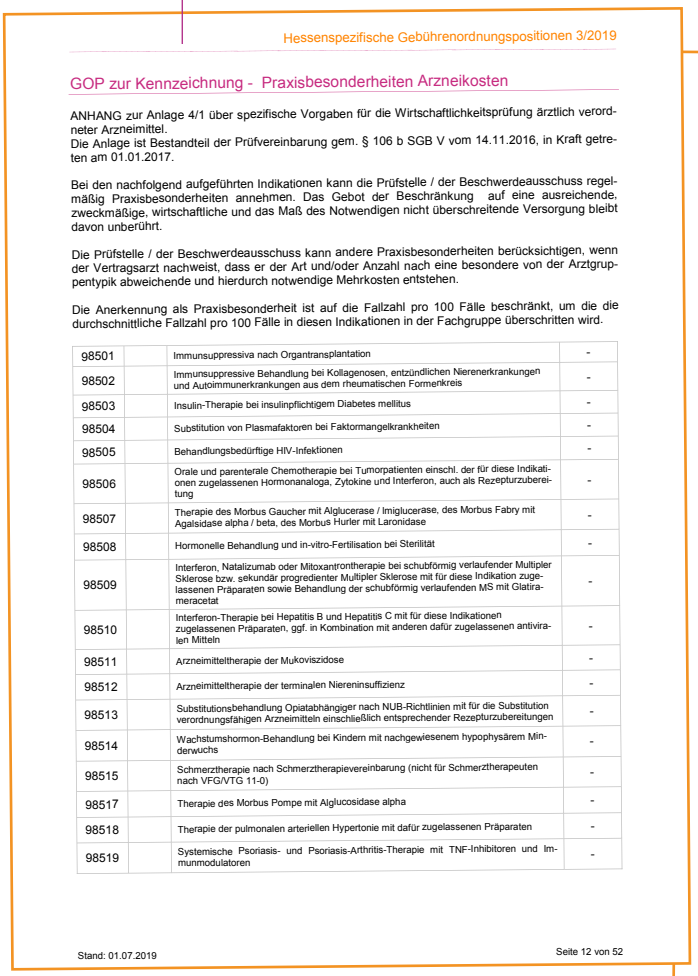
Die Übersicht zu den Hessischen Praxisbesonderheiten finden Sie unter **www.kvhaktuell.de**

INDIVIDUELLE GENEHMIGUNG DURCH DIE KRANKENKASSE

In Einzelfällen kann es vorkommen, dass die Erkrankung eines Patienten nicht in der Diagnoseliste aufgeführt ist und dennoch ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt. Wenn die Erkrankung des Patienten eine durchgehende Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr erforderlich macht, kann der Patient bei seiner Krankenkasse die Genehmigung eines individuellen langfristigen Heilmittelbedarfs beantragen. Wenn die Genehmigung der Krankenkasse vorliegt, fließen die Verordnungskosten für diese Behandlung ebenfalls nicht in das Heilmittelbudget der Praxis.

HESSENSPEZIFISCHE PRAXISBESONDERHEIT

Neben den bundesweit anzuerkennenden Praxisbesonderheiten nach der Diagnoseliste gibt es auch noch eine hessenspezifische Praxisbesonderheit: die „Heilmitteltherapie von Kindern im Vorschulalter mit



Hessenspezifische Gebührenordnungspositionen 3/2019

GOP zur Kennzeichnung - Praxisbesonderheiten Arzneikosten

ANHANG zur Anlage 4/1 über spezifische Vorgaben für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Arzneimittel.
Die Anlage ist Bestandteil der Prüfvereinbarung gem. § 106 b SGB V vom 14.11.2016, in Kraft getreten am 01.01.2017.

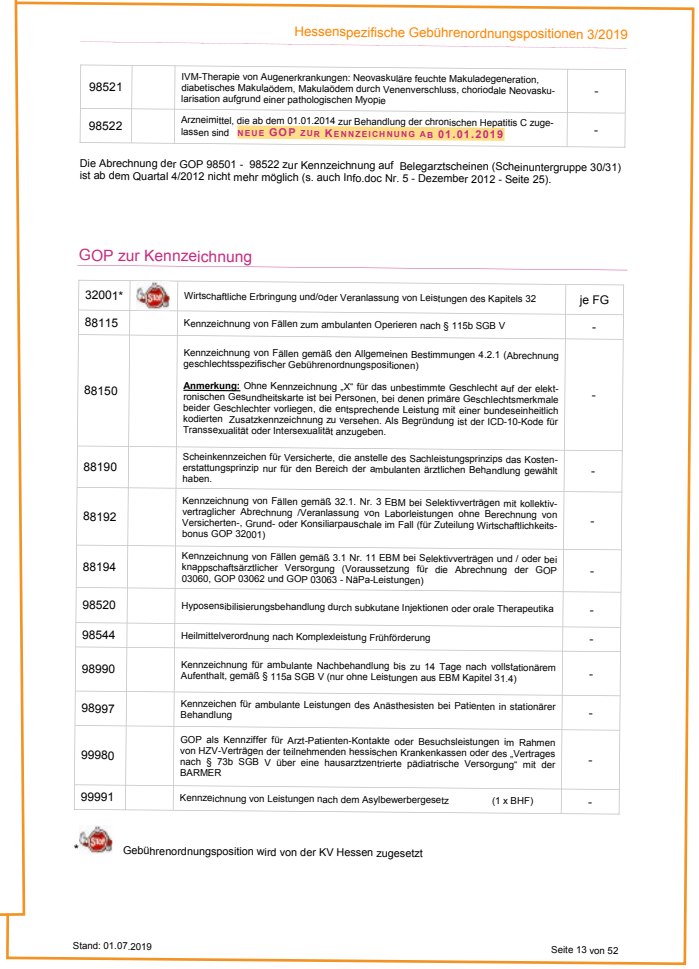
Bei den nachfolgend aufgeführten Indikationen kann die Prüfstelle / der Beschwerdeausschuss regelmäßig Praxisbesonderheiten annehmen. Das Gebot der Beschränkung auf eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung bleibt davon unberührt.

Die Prüfstelle / der Beschwerdeausschuss kann andere Praxisbesonderheiten berücksichtigen, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er der Art und/oder Anzahl nach eine besondere von der Arztgruppentypik abweichende und hierdurch notwendige Mehrkosten entstehen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit ist auf die Fallzahl pro 100 Fälle beschränkt, um die die durchschnittliche Fallzahl pro 100 Fälle in diesen Indikationen in der Fachgruppe überschritten wird.

98501		Immunsuppressiva nach Organtransplantation	-
98502		Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenerkrankungen und Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis	-
98503		Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus	-
98504		Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	-
98505		Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen	-
98506		Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschl. der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferon, auch als Rezepturzubereitung	-
98507		Therapie des Morbus Gaucher mit Alglucerase / Imiglucerase, des Morbus Fabry mit Agalsidase alpha / beta, des Morbus Hurler mit Laronidase	-
98508		Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität	-
98509		Interferon, Natalizumab oder Mitoxantrontherapie bei schubförmig verlaufender Multipler Sklerose bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie Behandlung der schubförmig verlaufenden MS mit Glatirameracetat	-
98510		Interferon-Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	-
98511		Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	-
98512		Arzneimitteltherapie der terminalen Niereninsuffizienz	-
98513		Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach NUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturzubereitungen	-
98514		Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs	-
98515		Schmerztherapie nach Schmerztherapievereinbarung (nicht für Schmerztherapeuten nach VFG/VTG 11-0)	-
98517		Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha	-
98518		Therapie der pulmonalen arteriellen Hypertonie mit dafür zugelassenen Präparaten	-
98519		Systemische Psoriasis- und Psoriasis-Arthritis-Therapie mit TNF-Inhibitoren und Immunmodulatoren	-

Stand: 01.07.2019 Seite 12 von 52



Hessenspezifische Gebührenordnungspositionen 3/2019

98521		IVM-Therapie von Augenerkrankungen: Neovaskuläre feuchte Makuladegeneration, diabetisches Makulaödem, Makulaödem durch Venenverschluss, choriodale Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie	-
98522		Arzneimittel, die ab dem 01.01.2014 zur Behandlung der chronischen Hepatitis C zugelassen sind NEUE GOP ZUR KENNZEICHNUNG AB 01.01.2019	-

Die Abrechnung der GOP 98501 - 98522 zur Kennzeichnung auf Belegarztscheinen (Scheinuntergruppe 30/31) ist ab dem Quartal 4/2012 nicht mehr möglich (s. auch Info.doc Nr. 5 - Dezember 2012 - Seite 25).

GOP zur Kennzeichnung

32001*		Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32	je FG
88115		Kennzeichnung von Fällen zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V	-
88150		Kennzeichnung von Fällen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 (Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen) **Anmerkung:** Ohne Kennzeichnung „X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist bei Personen, bei denen primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen, die entsprechende Leistung mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. Als Begründung ist der ICD-10-Kode für Transsexualität oder Intersexualität anzugeben.	-
88190		Scheinkennzeichen für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung gewählt haben.	-
88192		Kennzeichnung von Fällen gemäß 32.1. Nr. 3 EBM bei Selektivverträgen mit kollektivvertraglicher Abrechnung /Veranlassung von Laborleistungen ohne Berechnung von Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale im Fall (für Zuteilung Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001)	-
88194		Kennzeichnung von Fällen gemäß 3.1 Nr. 11 EBM bei Selektivverträgen und / oder bei knappschaftsärztlicher Versorgung (Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 03060, GOP 03062 und GOP 03063 - NäPa-Leistungen)	-
98520		Hyposensibilisierungsbehandlung durch subkutane Injektionen oder orale Therapeutika	-
98544		Heilmittelverordnung nach Komplexleistung Frühförderung	-
98990		Kennzeichnung für ambulante Nachbehandlung bis zu 14 Tage nach vollstationärem Aufenthalt, gemäß § 115a SGB V (nur ohne Leistungen aus EBM Kapitel 31.4)	-
98997		Kennzeichen für ambulante Leistungen des Anästhesisten bei Patienten in stationärer Behandlung	-
99980		GOP als Kennziffer für Arzt-Patienten-Kontakte oder Besuchsleistungen im Rahmen von HZV-Verträgen der teilnehmenden hessischen Krankenkassen oder des „Vertrages nach § 73b SGB V über eine hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung" mit der BARMER	-
99991		Kennzeichnung von Leistungen nach dem Asylbewerbergesetz (1 x BHF)	-

* Gebührenordnungsposition wird von der KV Hessen zugesetzt

Stand: 01.07.2019 Seite 13 von 52

Infobox

Musterrechnung für Ihr Praxisbudget!

Allgemeine Grundlage ist zunächst:

1. Wie hoch sind die durchschnittlichen Verordnungskosten pro Fall in Ihrer Fachgruppe?
2. Was ist der Durchschnittswert der Fallgruppe?

Dann müssten Sie wissen,

1. über welche Fallzahlen Sie verfügen.
2. dass Sie Ihr Budget um maximal 45 Prozent überschreiten dürfen. Bei 45 Prozent Budgetüberschreitung ist noch alles im grünen Bereich.
3. dass es bei erstmaliger Budgetüberschreitung über 45 Prozent zur Prüfung durch die Prüfungsstelle kommt. Die Prüfungsstelle lädt dann die Praxis zu einer individuellen Beratung ein.

Musterrechnung

Arzneimittelbudget eines Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit im Jahr 2019			
Versicherten-gruppe	**Werte 2019**	**Fallzahlen im Jahr 2019**	**Budget für das Jahr 2019**
1 Mitglied	65,51 €	3.125	204.718,75 Euro
3 Familienversicherte	44,37 €	85	3.771,45 Euro
5 Rentner	134,21 €	1.839	246.812,19 Euro
		Arzneimittelbudget (gesamt):	455.302,39 Euro
		plus 45 Prozent	204.886,07 Euro
		Gesamt-Arzneimittelbudget (verfügbar ohne Beanstandungen)	660.188,46 Euro

Das Arzneimittelbudget dieses Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit betrug im Jahr 2019 455.302,39 Euro. Addiert man darauf 45 Prozent (204.886,07 Euro), kommt man auf ein Gesamt-Arzneimittelbudget von 660.188,46 Euro, bei dem alles noch im grünen Bereich ist.

Behinderung oder drohender Behinderung im Rahmen der komplexen Frühförderung gemäß § 30 SGB IX". Die Komplexleistung Frühförderung liegt dann vor, wenn mindestens heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen interdisziplinär abgestimmt und erbracht werden. Die heilpädagogischen Leistungsanteile werden durch allgemeine interdisziplinäre Frühförderstellen oder durch spezielle interdisziplinäre Frühförderstellen für Kinder mit Sehbehinderung oder Blindheit beziehungsweise Kinder mit Hörschädigung erbracht. Die Details müssen in einem Förder- und Behandlungsplan festgelegt werden. Die Kennzeichnung als Praxisbesonderheit erfolgt über die GOP 98544 in der Abrechnung. ■

Jennifer Watermann,
Ursula Büdel

FRAGEN?

Das Team Arznei-, Heil- und Hilfsmittel steht Ihnen gern zur Verfügung.

T. 069 24741-7333
E. verordnungsanfragen@kvhessen.de

Weitere Informationen im Infoportal Verordnungen unter:
www.kvhaktuell.de

Digitale Helfer zum richtigen Kodieren

Ab Januar 2022 gibt es im PVS eine Kodierunterstützung auf Basis der ICD-10-GM.

Die digitale Kodierhilfe gibt es für vier Diagnosebereiche: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen Kodes dieser Diagnosebereiche an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung.

Praxen erhalten ab Januar 2022 einen digitalen Helfer, der sie beim Verschlüsseln von Diagnosen unterstützt. Er wird in das Praxisverwaltungssystem (PVS) eingebunden und steht direkt beim Kodieren zur Verfügung, ob bei der Abrechnung oder bei der Angabe der Diagnose auf dem Krankenschein.

SO FUNKTIONIERT DER KODIER-CHECK

Der neue Kodier-Check startet bewusst für vier Diagnosebereiche mit hohen Fallzahlen und einer komplexen Kodierung: Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Folgen eines Bluthochdrucks. Geben Praxen einen Kode aus diesen Diagnosebereichen an, beginnt ein Kodierregelwerk im Hintergrund mit der Prüfung. Passt etwas nicht, meldet es sich, gibt beispielsweise den Hinweis, dass ein spezifischerer ICD-10-GM-Kode vorhanden ist, und bietet diesen direkt zur Auswahl an. Mit nur einem Klick können die Anwenderin oder der Anwender den Kode übernehmen oder ablehnen. Soll der Hinweis bei diesem Fall im selben Quartal nicht noch einmal angezeigt werden, kann er deaktiviert werden. Die ärztliche Entscheidung hat oberste Priorität.

Die Software ist so voreingestellt, dass der Kodier-Check direkt bei der Kodierung läuft. Wer das nicht möchte, kann die Einstellung so anpassen, dass die Überprüfung erst bei der (Test-)Abrechnung erfolgt. Ärztinnen und Ärzte erhalten dann eine Übersicht mit allen Behandlungsfällen und den entsprechenden Hinweisen angezeigt, und die Fälle können einzeln bearbeitet werden.

Neben der ICD-10-GM ist künftig auch die Verschlüsselungsanleitung, herausgegeben vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), in die Praxissoftware eingebunden. Bewährte Funktionen,

Bausteine der Kodierunterstützung

Kodesuche

- Freitextsuche nach Kodes der ICD-10-GM
  - Suche kann fachgruppenspezifisch angepasst werden (Einbindung der Facharzt- und Hausarztthesauren des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung)
  - freiwillige Nutzung

Benutzungshinweise

- Hinweise aus der ICD-10-GM, zum Beispiel Abrechenbarkeit eines Diagnosekodes, Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz
  - Hinweise werden wie bisher beim Kodieren erzeugt und können weiterhin ignoriert werden

Verschlüsselungsanleitung

- **Neu:** Hinweise aus der Verschlüsselungsanleitung der ICD-10-GM
  - kodebezogene Hinweise oder Anzeige als Gesamtdokument möglich
  - freiwillige Nutzung

Kodier-Check

- **Neu:** Kodierregelwerk zur Plausibilisierung der gewählten Diagnosekodes mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen auf Basis der ICD-10-GM; zunächst für die vier Diagnosebereiche Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus, Bluthochdruckfolgen
  - Hinweise können ignoriert beziehungsweise Korrekturen müssen nicht ausgeführt werden, wenn die Ärztin oder der Arzt einen bereits ausgewählten Kode beibehalten will
  - Kodier-Check kann direkt beim Kodieren oder bei der Abrechnung durchgeführt werden
  - Kodierregelwerk für den Kodier-Check enthält obligate und fakultative Regeln – fakultative Regeln können deaktiviert werden

Dauerdiagnosen

- Funktion zur Kennzeichnung von Dauerdiagnosen sowie zur Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung bleibt erhalten
  - freiwillige Nutzung
- **Neu:** Funktion zur Kennzeichnung anamnestischer Diagnosen und deren Verwaltung und Unterstützung bei der Übertragung in die Abrechnung
  - freiwillige Nutzung

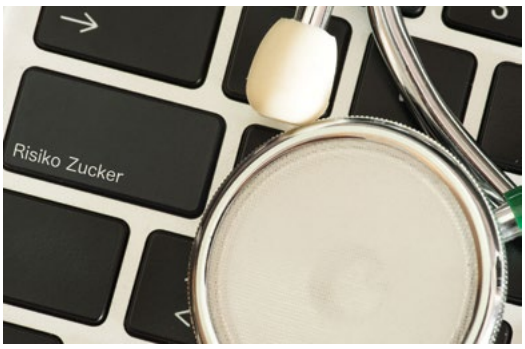
Zusätzlich zunächst für die Diagnosebereiche Herzinfarkt und Schlaganfall:

- **Neu:** Prüfung bei Kennzeichnung eines Kodes als Dauerdiagnose, inwieweit dieser dafür geeignet ist
  - Hinweis wird beim Kodieren erzeugt und kann ignoriert werden
- **Neu:** Quartalsübergreifender Dauerdiagnosen-Check – Kodierregelwerk zur Validierung der Patientendaten; prüft das dauerhafte Vorhandensein von Akutdiagnosen mit Hinweisen und Korrekturvorschlägen
  - freiwillige Nutzung zu einem beliebigen Zeitpunkt

wie die Kodesuche und die Kennzeichnung von Dauerdiagnosen, wurden überarbeitet und stehen weiter für alle Diagnosebereiche bereit. Mit der Erweiterung der Kodierunterstützung um neue Inhalte und Funktionalitäten sind künftig alle relevanten Informationen zum Kodieren in der Praxissoftware zu finden. Das Nachschlagen in Büchern und Suchen im Internet, was gerade bei komplexen Kodierungen mitunter nötig ist, entfällt.

DAUERDIAGNOSEN ANLEGEN

Die Funktion, Behandlungsdiagnosen eines Quartals so zu kennzeichnen, dass sie auch in den Folgequartalen automatisch in die Abrechnungsunterlagen übernommen werden können, bleibt erhalten. Neu ist, dass diese Funktion künftig auch für anamnestische Diagnosen bereitsteht und in jeder Praxissoftware aktiviert ist. Einige Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen werden somit ab Januar 2022 zum ersten Mal damit arbeiten können, die Nutzung bleibt aber freiwillig.



Bevor Praxen „Dauerdiagnosen" oder „anamnestische Diagnosen" in die Abrechnung übernehmen, sollte eine Prüfung erfolgen, ob diese in dem Quartal für die Behandlung relevant waren. Die Auswahl und Übernahme ist weiterhin mit wenigen Klicks im PVS möglich. Der Diabetes mellitus einer Patientin oder eines Patienten ist beispielsweise regelhaft Anlass zur Behandlung und wäre eine klassische Dauerdiagnose. Eine Penizillinallergie hat eine Patientin oder ein Patient ebenfalls dauerhaft, sie führt aber nur sporadisch zu einem Behandlungsaufwand. Für die ärztliche Entscheidung ist sie etwa bei der Verordnung eines Antibiotikums wichtig und daher als anamnestische Diagnose zu kennzeichnen.

Eine zusätzliche Funktion bietet die Kodierunterstützung speziell für den „akuten Herzinfarkt" und den „akuten Schlaganfall". Sollen die entsprechenden Kodes mit dem Zusatzkennzeichen „G" für „gesichert" als Dauerdiagnose neu abgespeichert werden, erhält die Anwenderin oder der Anwender einen Hinweis. Denn akute Diagnosen sind in aller Regel als Dauerdiagnosen ungeeignet, und für den Herzinfarkt und Schlaganfall sieht die ICD-10-GM spezifische Kodes für die dauerhafte Schädigung und Behandlung vor. Aber auch hier gilt: Es sind Hinweise, die Entscheidung trifft der Arzt.

TOP: KEINE NEUEN REGELUNGEN!

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz hat die KBV den Auftrag erhalten, verbindliche Vorgaben zum Kodieren zu erstellen und zum 1. Januar 2022 einzuführen. Immer wieder steht die Kodierqualität auf dem Prüfstand. Für die KBV stand fest: Durch neue Kodiervorgaben darf keine neue Bürokratie entstehen. Im Gegenteil: Das Kodieren soll Praxen durch eine Unterstützung nach Maß entlasten.

Kodieren ist zu einem wichtigen Part der vertragsärztlichen Arbeit geworden, der von niemandem sonst übernommen werden kann. Unter anderem wirkt sich eine exakte Kodierung der Behandlungsdiagnosen auf die Geldströme im Gesundheitssystem aus und kommt somit auch den Vertragsärzt:innen und Vertragspsychotherapeut:innen zugute. Denn mithilfe der Kodes wird gemessen, wie krank die Versicherten sind und wie viel Geld letztlich für ihre medizinische Versorgung benötigt wird. Dies spielt sowohl eine Rolle beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen – wer mehr Schwerkranke versichert hat, erhält mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds – als auch bei den jährlichen Honorarverhandlungen für die niedergelassenen Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen. Vor diesem Hintergrund steht die Kodierqualität auch immer wieder auf dem Prüfstand. Im Fokus stehen Krankheiten mit hohen Fallzahlen, deren Behandlung jährlich Millionen kostet.

Neben Informationen unter **www.kbv.de/html/kodieren.php** wird es ein Serviceheft in der Reihe PraxisWissen (Beilage im Deutschen Ärzteblatt) sowie Erklärvideos rund ums Kodieren geben. ■

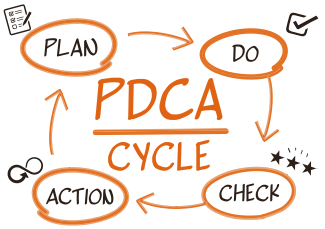
KBV

Schritt für Schritt zum Erfolg

„Mein Weg in die eigene Praxis“ können Sie mit Stolz sagen, wenn wir Ihnen helfen, Strukturen zu optimieren und Prozesse in Ihrer Praxis sicher und effizient zu gestalten.

Es ist immer ein großer Schritt in die Selbstständigkeit. Doch „selbstständig“ muss nicht „allein“ bedeuten. Es gibt Möglichkeiten und Kooperationsformen, für die Sie sich entscheiden können. Haben Sie sich pro Selbstständigkeit entschieden, kommen weitere Themen und Fragen auf Sie zu, die Ihnen in der medizinischen Aus- und Weiterbildung nicht begegnet sind. Wussten Sie beispielsweise, dass Leistungen wie Sonografie-Untersuchungen einer Genehmigungspflicht nach Vorgaben der Qualitätssicherung (QS) unterliegen? Das gilt für mehr als 60 Leistungen. Überprüfen Sie daher frühzeitig, welche Leistungen Sie in Ihrer neuen Praxis erbringen und abrechnen möchten und ob diese genehmigungspflichtig sind.

Aufgrund der Themenvielfalt, die Sie bei einer Niederlassung betrachten müssen, empfiehlt es sich, rechtzeitig die Instrumente des Qualitätsmanagements zu nutzen. Lesen Sie sich beispielsweise in das Qualitätsmanagementsystem QEP® der KBV ein, werden Sie strukturiert durch die Kapitel „Patientenversorgung“, „Patientenrechte und Patientensicherheit“, „Mitarbeiter und Fortbildung“, „Führung und Organisation“ sowie „Qualitätsentwicklung“ geführt. So gewinnen Sie einen Überblick und erhalten die Sicherheit, alle relevanten Themen bedacht zu haben. Hilfreich ist es ebenfalls, sich auf dem Weg in die neue Praxis an dem PDCA-Zyklus zu orientieren: **P**lan, **D**o, **C**heck und **A**ction. Je detaillierter und strukturierter Sie in der Planungsphase (**P**lan) vorgehen, umso weniger Herausforderungen werden Ihnen in der Umsetzungsphase (**D**o) begegnen. Ebenfalls ist davon auszugehen, dass durch eine gute Planung Problemfelder rechtzeitig erkannt und geeignete Maßnahmen abgeleitet werden können. Sie können dann erwarten, dass Sie bei der Überprüfung in der Phase „**C**heck“ ein positives Ergebnis erhalten, sodass Sie weniger korrigierende Maßnahmen in der Phase „**A**ction“ einleiten müssen.



Das Ausbauen der Qualifikationen und des damit verbundenen Wissens kann ebenfalls dazu beitragen, Ihre Strukturqualität zu verbessern und den Weg zu einer guten Prozess- und Ergebnisqualität Ihrer neuen Praxis zu ebnen.

Durch die Teilnahme an unseren Fortbildungsveranstaltungen sowie durch eine individuelle Beratung helfen wir Ihnen gern bei Ihren Schritten zum Erfolg. Kennen Sie unsere Studentenakademie und das Doc’s Camp? Schauen Sie gern rein.

Erstellen Sie sich Ihren Plan, bevor Schwierigkeiten auftreten. ■

Janna Rambow

SIE HABEN FRAGEN?

Das Team Qualitätsmanagement hilft Ihnen gern weiter.

T. 069 24741-7551
F. 069 24741-68713
E. qm-info@kvhessen.de

Weitere Informationen unter:

Studentenakademie:
www.kvhessen.de/studium

Doc’s Camp:
www.kvhessen.de/aus-weiterbildung

Nachwuchsmediziner:innen für ambulante Versorgung gewinnen

Vormittags Begeisterung für die Niederlassung, nachmittags Begeisterung für das Leben in ländlichen Regionen: Die Studentenakademie (Summer- und Winterschool) zeigt Studierenden die Vorteile einer Tätigkeit in einer eigenen Praxis auf.

Vormittags wird gelernt, nachmittags geht es raus in die Natur

Während des Medizinstudiums ist die Tätigkeit auf der ambulanten Versorgungsebene selten Thema. So bleiben Fragen zur Selbstständigkeit sowie zu den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Praxisformen ungeklärt. Viele Absolvent:innen trauen sich daher zunächst nicht die Position der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers zu. Die KV Hessen räumt mithilfe der Summer- und Winterschool die Sorgen und Ängste vor der eigenen Niederlassung aus dem Weg.

VERANSTALTUNGEN 2021

Die Summerschool im Juli 2021 fand hohen Anklang. Alle 15 Plätze wurden vergeben. Bevorzugt werden bei den Studierendenakademien immer die Studierenden höherer Semester von hessischen Universitäten. Von Donnerstag bis Montag erwartet die Teilnehmenden ein umfassendes Programm unter dem Motto „morgens Theorie – nachmittags Socializing". Vormittags geben Referent:innen wertvolle Informationen rund um die Niederlassung, von der Finanzierung einer Praxis bis hin zur Führung eines Teams. Am Sonntag berichtet ein niedergelassener Allgemeinmediziner aus dem Praxisalltag und steht für den direkten Erfahrungsaustausch bereit.

Nachmittags erkunden die Teilnehmenden dann per Mountainbike die Landschaft oder überwinden ihre (Höhen-)Ängste beim Klettern. Immer mit dabei auch zwei Mitarbeiterinnen der KV Hessen, die auch beim gemeinsamen Abendessen noch Fragen klären und Sorgen vor der Niederlassung nehmen können.

Die Studierenden evaluierten die Summerschool 2021 positiv und freuen sich über die „rundum gelungene Veranstaltung mit einem schönen Mix aus Vorträgen und Freizeitprogramm". Für 2022 sind wieder zwei Studierendenakademien in Willingen geplant. Die Teilnahme ist kostenfrei. Die Termine, weitere Informationen, das Anmeldeformular und ein Video der letzten Veranstaltung sind unter **www.kvhessen.de/studium/** zu finden. ■

Mara Klahr

KONTAKT

Bei Fragen zur Summer- und Winterschool im Jahr 2022 steht die Abteilung Qualitätsförderung gern zur Verfügung.

T. **069 24741-6382**
E. **nachwuchs@kvhessen.de**

Weitere Informationen unter:
www.kvhessen.de/studium

Wie war das?

In unserer Rubrik „Wie war das?“ beantworten wir häufig gestellte Fragen rund um Ihren Praxisalltag. Bei allen weiteren Fragen ist die info.line Ihr direkter Draht zur KV Hessen: 069 24741-7777 (Montag bis Freitag von 7 bis 17 Uhr).

Ist die Auflichtmikroskopie jetzt Bestandteil der GOP 01745 und 01746?

Ja, zur Verbesserung der präventiven kollektivvertragsärztlichen Versorgung wurde die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie mit der EBM-Reform zum 1. April 2020 in den fakultativen Leistungsinhalt der GOP 01745 und 01746 aufgenommen. Hierfür wurde die Bewertung der GOP erhöht.

Kostenträger richtig anlegen: Wann kann der Kostenträger „KV Hessen – Abstrich Reiserückkehrer“ verwendet werden?

Nur bei der Abrechnung im Rahmen der TestV und ImpfV. Arztpraxen sollten unbedingt darauf achten, den Kostenträger nicht bei Verordnungen (Arzneimittel und Heilmittel sowie Krankenbeförderung) oder AU-Bescheinigungen anzulegen, sondern die reguläre Krankenkasse der Patientin oder des Patienten.

Benötige ich zur Niederlassung eine Berufshaftpflichtversicherung?

Ja, nur wer ausreichend berufshaftpflichtversichert ist, kann zur vertragsärztlichen oder -psychotherapeutischen Versorgung zugelassen oder ermächtigt werden. Dies gilt für Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie für Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Im Rahmen von Neuzulassungen wird dies bereits berücksichtigt. Alle weiteren Mitglieder können auch jetzt schon einen entsprechenden Nachweis beim Zulassungsausschuss einreichen. Alle Informationen zum Thema finden Sie unter **www.kvhessen.de/praxismanagement/berufshaftpflichtschutz/** (siehe Seite 6).

HABEN SIE WEITERE FRAGEN?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer info.line sind montags bis freitags von 7 bis 17 Uhr für Sie erreichbar.

T. **069 24741-7777**
E. **info.line@kvhessen.de**

kv.dox

Mit Sicherheit medizinisch vernetzt

Arztbriefe, Befunde oder AU-Bescheinigungen so einfach versenden wie eine E-Mail an die Familie: mit kv.dox, dem KIM-Dienst der KBV. Jetzt KIM-Adresse sichern unter **www.kvdox.kbv.de**

NUR FÜR KV-MITGLIEDER UND FÜR NUR

6,55 €*

ZZGL. MWST. IM MONAT

KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

* plus 3,03 € Rechnungspauschale zzgl. MwSt. pro Quartal

Übergangsregelung bei eAU vereinbart

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) startete am 1. Oktober. Für Praxen, die nicht über die nötigen technischen Voraussetzungen verfügen, konnte die KBV mit dem GKV-Spitzenverband eine Übergangsregelung vereinbaren.

Seit 1. Oktober sollen Ärzt:innen Krankschreibungen digital an die Krankenkassen übermitteln. Für diejenigen, die das nicht können, gibt es eine Übergangsregelung. Bis zum 31. Dezember 2021 darf noch der „gelbe Schein" (Muster 1) genutzt werden. Trotzdem ist es ratsam, sich zügig auf die Umstellung vorzubereiten und einen KIM-Dienst zu bestellen, denn nur mit einem KIM-Dienst können Krankschreibungen digital an die Krankenkassen übermittelt werden. Derzeit gibt es 32 von der gematik zugelassene Anbieter, einer davon ist die KBV mit ihrem KIM-Dienst kv.dox.

EHBA, KIM UND UPDATES ERFORDERLICH

Für die eAU benötigen Ärzt:innen neben einem KIM-Dienst einen Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) mit mindestens einem TI-Konnektor-Update der Stufe PTV3 (E-Health-Konnektor). Um die Komfortsignatur nutzen zu können, empfiehlt die KBV einen PTV4+-Konnektor, den inzwischen alle drei Konnektoranbieter bereitstellen. Außerdem ist ein PVS-Update erforderlich, um digitale AU-Bescheinigungen erstellen, digital versenden und ausdrucken zu können.

Für die elektronische Signatur der AU-Bescheinigungen wird ferner ein elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) der zweiten Generation benötigt. Ärzt:innen, die seit 1. Oktober noch keinen eHBA haben, können übergangsweise die SMC-B-Karte zum Unterschreiben nutzen. Eine SMC-B-Karte haben alle an die TI angeschlossenen Praxen.

UMSETZUNG IN MEHREREN SCHRITTEN

Nach den Plänen des Gesetzgebers wird die eAU in zwei Schritten eingeführt: Seit 1. Oktober übermitteln Haus- und Fachärzte Krankschreibungen elektronisch an die Krankenkassen. Ihren Patient:innen händigen sie einen Papierausdruck für den Arbeitgeber und einen für deren Unterlagen aus. Die zweite Stufe beginnt am 1. Juli 2022: Ab dann übermitteln die Krankenkassen die AU-Bescheinigung an die Arbeitgeber:innen. Patient:innen erhalten von ihrer Ärztin oder ihrem Arzt nur noch für sich einen Papierausdruck. Unter **www.kbv.de** informiert die KBV detailliert zur eAU. Daneben stehen für Haus- und Fachärzt:innen ein Video und eine ausführliche Praxisinformation bereit. ■

KBV

Fortbildungsangebote 2022

Das jährliche Fortbildungsprogramm erscheint mit stets wachsendem Angebot. Dabei bleibt die KVH in ihrer Planung immer aktuell und flexibel und bietet ihren Mitgliedern neben Präsenzveranstaltungen auch digitale Veranstaltungen an.

Die KVH stand in der Pandemie vor diversen Herausforderungen, speziell im Veranstaltungsmanagement mit der Frage, wie wir unseren Mitgliedern unsere Fortbildungen zugänglich machen können. Onlineveranstaltungen waren der einzige Weg, um überhaupt ein Veranstaltungsangebot aufrechterhalten zu können.

HAUTKREBSSCREENING AUF DISTANZ? GEHT JA DOCH!

Im letzten Jahr 2020 mussten wir Ihnen mitteilen, dass **„nicht alle Veranstaltungen aufgrund des Inhalts ohne Weiteres auch online umgesetzt werden können. Und dass die Veranstaltung ‚Hautkrebsscreening' von den Praxisübungen lebt, die sich über Videokonferenzen zu Hause nicht ersetzen lassen."** Inzwischen haben wir, auch dank der Unterstützung des Deutschen Ärzteverlags und anderer Akteure, mehrfach das Hautkrebsscreening als „Blended Learning" erfolgreich durchführen können. Das heißt, dass die inhaltlichen Kompetenzen durch die Kombination eines E-Learnings im Vorfeld und einer anschließenden Onlineveranstaltung erlangt werden.

Durch das positive Feedback der Teilnehmer:innen zu den neuen Veranstaltungsformaten fühlen wir uns bestätigt und haben den Entschluss gefasst, das Angebot digitaler Veranstaltungen auszubauen.

Jedoch wissen wir auch, dass das reale Zusammentreffen und der kollegiale Austausch weiter wichtig sind. Daher bieten wir Ihnen im Jahr 2022 mit unserem neuen Veranstaltungsprogramm ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Online- und Präsenzveranstaltungen an. So starten wir 2022 erstmals auch mit der Möglichkeit, Wissen über E-Learnings zu erlangen. Das heißt, Sie entscheiden selbst, wann, wo und in welchem Tempo Sie lernen.

Selbstverständlich sind auch die Veranstaltungen thematisch überprüft und aktualisiert worden. So können Sie sich auf neue Veranstaltungsangebote und einen erfolgreichen Austausch freuen.

AUSBLICK – SO GEHT ES WEITER

Zudem arbeiten wir an einem neuen Veranstaltungsmanagementportal. Informationen hierzu erhalten Sie bald im Fortbildungsprogramm und per Rundschreiben. ■

Jan Martens

SIE HABEN FRAGEN?

Bei Fragen zu Veranstaltungen des Fortbildungsprogramms steht Ihnen das Team Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement gerne zur Verfügung.

T. **069 24741-7550**
F. **069 24741-68842**
E. **veranstaltung@kvhessen.de**

Weitere Informationen unter:
https://veranstaltung.kvhessen.de

Ihr Kontakt zu uns

info.line	T.	069 24741-7777
	F.	069 24741-68826
	E.	info.line@kvhessen.de
Montag bis Freitag:		7.00 bis 17.00 Uhr

BERATUNG VOR ORT

BeratungsCenter Frankfurt:	T.	069 24741-7600
	F.	069 24741-68829
	E.	beratung-frankfurt@kvhessen.de
BeratungsCenter Darmstadt:	T.	06151 158-500
	F.	06151 158-488
	E.	beratung-darmstadt@kvhessen.de
BeratungsCenter Wiesbaden:	T.	0611 7100-220
	F.	0611 7100-284
	E.	beratung-wiesbaden@kvhessen.de
BeratungsCenter Gießen:	T.	0641 4009-314
	F.	0641 4009-219
	E.	beratung-giessen@kvhessen.de
BeratungsCenter Kassel:	T.	0561 7008-250
	F.	0561 7008-4222
	E.	beratung-kassel@kvhessen.de

ABRECHNUNGSVORBEREITUNG

AV-Help	E.	av-help@kvhessen.de

ONLINEPORTAL

Internetdienste/SafeNet*	E.	internetdienste@kvhessen.de
Technischer Support	E.	onlineservices@kvhessen.de

ARZNEI-, HEIL- UND HILFSMITTELBERATUNG

Team Arznei-,	T.	069 24741-7333
Heil- und Hilfsmittel	F.	069 24741-68835
	E.	verordnungsanfragen@kvhessen.de
Infoportal Verordnungen	H.	www.kvhaktuell.de

KOORDINIERUNGSSTELLE

Koordinierungsstelle	T.	069 24741-7227
Weiterbildung Allgemeinmedizin	F.	069 24741-68845
	E.	koordinierungsstelle@kvhessen.de

QUALITÄTS- UND VERANSTALTUNGSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement	T.	069 24741-7551
	F.	069 24741-68841
	E.	qm-info@kvhessen.de
Veranstaltungsmanagement	T.	069 24741-7550
	F.	069 24741-68842
	E.	veranstaltung@kvhessen.de

Herausgeber (V. i. S. d. P.)
Kassenärztliche Vereinigung Hessen, vertreten durch den Vorstand

Redaktion
Karl Matthias Roth und Petra Bendrich

Kontakt zur Redaktion
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Redaktion Auf den PUNKT.
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main
T. 069 24741-6988
F. 069 24741-68978
E. aufdenpunkt@kvhessen.de

Grafik
Katja Friehe (Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH)
Judith Scherer (KV Hessen)

Druck
Media Cologne Kommunikationsmedien GmbH

Bildnachweis
Petra Bendrich: S. 25, 26; BZgA: S. 9; GRC: S. 9; KTE Hessen: S. 10, 11; Cornelia Kur: S. 23, 24; Thomas Lohnes: S. 24; Carolina Ramirez: S. 3; Karl Roth: S. 5; Judith Scherer: S. 14, 50; privat: S. 28, 29

Adobe Stock: Titel: sepy (bearb.); S. 4: karoshi; S. 6: Gerhard Seybert (bearb.); S. 7: Artenauta; S. 8: Lightfield Studios; S. 10–11: sepy; S. 14: Feodora; S. 18: Syda Productions; S. 20: Krakenimages.com; S. 22: lcc54613; S. 34: Pixel-Shot; S. 36: M.Dörr & M.Frommherz (bearb.); S. 42: momius; S. 44: studio v-zwoelf; S. 45: tiquitaca; S. 49: studio v-zwoelf und fotohansel

Nachdruck
Der Inhalt dieser Zeitschrift ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder Kopie sowie die Vervielfältigung auf Datenträger dürfen, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Herausgeber erfolgen. Eine Weitervermarktung von Inhalten ist untersagt.

Zuschriften
Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor.

Haftungsausschluss
Trotz sorgfältiger Recherche bei der Erstellung dieser Broschüre kann für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben keine Gewähr übernommen werden. Haftungsansprüche sind ausgeschlossen. Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider.

Bezugspreis
Auf den PUNKT. erhalten alle hessischen Vertragsärztinnen- und -ärzte und -psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Haftungsbeschränkung für weiterführende Links
Diese Zeitschrift enthält sogenannte „weiterführende Links" (Verweise auf Webseiten Dritter), auf deren Inhalt wir keinen Einfluss haben und für die wir deshalb keine Gewähr übernehmen. Für die Inhalte und Richtigkeit der Informationen ist der jeweilige Informationsanbieter verantwortlich. Die abgedruckten Links wurden zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses auf mögliche Rechtsverstöße überprüft. Rechtswidrige Inhalte waren zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses nicht erkennbar.

* Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

AUF DEN
PUNKT.

erscheint wieder
Mitte Dezember

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Sie finden uns im Internet unter:

www.kvhessen.de/aufdenpunkt